

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA À CRIANÇA ONCOLÓGICA,
FAMÍLIA E FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO -

POR

INGRID LAURA CAVALCANTI SCHAEFER

MÁRCIA SUELI DEL CASTANHEL

MARICI SOUZA

VANESSA ROSAR MATTOS

N.Cham. TCC UFSC ENF 0518
Título: Assistência de enfermagem
humanizada à criança oncológica, família e



972519801 Ac. 241015

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0518
Ex.1

Curso de Graduação em Enfermagem

VIIIª Unidade Curricular

Florianópolis, abril de 1992.

Supervisora = Pro^a Enf^a Maria Inês Bez Kroeger

Orientadora = Enf^a Aureli Silva de Oliveira

Ser Criança

"Tenha paciência comigo, tudo é tão difícil ...

O medo é tão grande e eu sou tão pequenina ...

Há tanta coisa que me assusta.

Tantas coisas que não entendo.

Às vezes quero parecer forte, grito muito, brigo, atrapalho os outros.

Faço barulho demais, porque tenho medo que esqueçam de MIM".

(Carla - 6 anos, Navegantes - L.L.A.)

AGRADECIMENTOS:

Para que chegássemos ao fim de mais uma caminhada, foi necessário o apoio, a contribuição de vários amigos e profissionais. Por toda atenção, carinho, conhecimentos dispensados ao grupo, nossa gratidão:

- A Deus
- A todas as crianças e familiares
- Enfª Drª Lidvina Horr
- Enfª Drª Eloita Neves Arruda
- Enfª Aureli Silva de Oliveira
- Profª Enfª Vera Rodunz
- Profª Enfª Maria Inês Bez Kroeger
- A todos os funcionários da Unidade Hemato -
Oncológica do H.I.J.G.
- Aos amigos
- A Deus

S U M Á R I O

I	- INTRODUÇÃO	01
II	- OBJETIVOS	06
III	- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	09
IV	- MARCO REFERENCIAL	63
V	- METODOLOGIA	69
	1. Local de Estágio	69
	2. População Alvo	71
	3. Estratégias	72
	4. Processo de Enfermagem	76
VI	- RESULTADOS E DISCUSSÕES	84
	1. Caracterização dos Clientes	85
	2. Processo de Enfermagem	88

3. Avaliação dos Objetivos Propostos	145
VII - REFLEXÕES PESSOAIS	155
VIII - CONCLUSÃO	161
IX - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	163
ANEXOS	167
Anexo I	168
Anexo II.....	169
Anexo III	170
Anexo IV	173

I. - INTRODUÇÃO

"Todos os sofrimentos da criança tem um efeito comum: o estado de ansiedade que é um novo sofrimento. A ansiedade traz consigo sensação de temor, insegurança, de inquietação contínua, de perda da confiança em si em face das pessoas e situações. Pequenos sofrimentos criam estados moderados de ansiedade que param com a cessação do sofrimento. Se o sofrimento é muito repetido, intenso ou duradouro, o estado de ansiedade pode tornar-se duradouro ou permanente, em grau variável de intensidade. Se sofrer é, às vezes, mais pela ansiedade do que pelos sofrimentos que a determinam. O sofrimento é intrínseco a natureza humana e por consequência a ansiedade". (Marcondes, 1978)

A doença oncológica determina uma série de novas e desagradáveis sensações corporais, quando é necessário a hospitalização da criança outros fatores irão contribuir para intensificar os problemas: dor, mutilação, desconforto, mais a

ansiedade gerada a partir destas. Separação dos pais ou condição emocional dos pais. O estranho, o desconhecido e a possibilidade de surpresas, geradoras de ansiedade. A perda relativa de autonomia e competência: a percepção de fragilidade de estar a mercê. (Shmitz, 1989)

A ansiedade dos pais como que por contágio, se transmite à criança, fazendo-a sofrer e consumindo a energia necessária ao processo de recuperação. (Bright - 1965)

A Equipe Assistencial Hospitalar enfrenta uma série de problemas ao prestar assistência à criança e seus familiares: a ansiedade da criança, a ansiedade dos pais, os próprios sentimentos e conflitos despertados por situações experimentadas (morte, relações pais e filhos, etc).

Segundo Cruz et al "Discorrer sobre a morte de criança é um desafio, já que a criança é, por excelência, alegria, crescimento, futuro, vida, em contraposição à morte que implica tristeza e deteriorização. Se reconhecermos a criança como um indivíduo, como um "vir a ser" e "sinônimo de vida" é difícil a aceitação de sua morte.

Para Shmitz "Esta problemática tem como consequência várias reações:

- Tendência ao afastamento ou a fuga da criança e família, pela impossibilidade de tratar seus problemas.
- Criticar os padrões de atendimento e atitudes dos pais para com os filhos, tais como rejeição, abandono, agressividade, mentiras, fugas, etc.
- Superproteção da criança e desejos de afastá-la da família.
- Atitude de irritação, mágoa, queixas.
- Mobilização de sentimentos de culpa por não se perceber totalmente disponível.
- Ativação de mecanismos de defesa no sentido de não estabelecer ligações para não estar sujeito a vivenciar uma série de processos.
- Dificuldade de impor limites à criança e família.

Refletindo sobre a problemática das crianças oncológicas, sobre a morte, os problemas da família, equipe assistencial, sobre a assistência hospitalar centralizada nas necessidades físicas e não atendendo as necessidades psico-espirituais. E avaliando as terapêuticas utilizadas, nas instituições de saúde, sentimos que poderia ser adotado outros métodos alternativos na assistência, como o toque terapêutico. O

toque terapêutico, termo usado mais recentemente para a imposição das mãos. Segundo BOGUSLAWSKI "o homem é um campo de energia. É empregando as correntes de força vital que fluem naturalmente das mãos de todas as pessoas, que se pode aliviar a dor, ansiedade e equilibrar a energia de outra pessoa".

Refletindo sobre a nossa atuação como futuras enfermeiras, em que acreditamos que além da capacidade técnica o enfermeiro(a) deve ser antes de tudo **humano**, ou seja, entregar-se na relação com seus pacientes, familiares, funcionários, estar liberto da mística que ser profissional é separar-se de seus sentimentos enquanto trabalha.

A partir destas reflexões e da inexistência de trabalhos de conclusão do curso sobre oncologia pediátrica na Universidade Federal de Santa Catarina decidimos elaborar e desenvolver um projeto de assistência humanizada de enfermagem na Unidade Hemato - Oncológica Pediátrica do H.I.J.G. Na intenção de podermos experienciar, refletir, conviver e sermos sinal de vida, em uma experiência, num contexto delicado e desafiador. No intuito primeiro de, diante de tantos problemas buscarmos sentido para o existir humano amadurecendo e discernindo nossa posição e estrutura pessoal, e possibilitando a todos que lá convivem diariamente (enfermeiros, funcionários, médicos, familiares e sobretudo as próprias crianças) solidariedade que se concretiza em nossa capacidade profissional de amar e doar-se inteiramente à causa da vida, visto que toda pessoa doente é antes de tudo um

ser humano.

Utilizando como suporte teórico a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e um marco referencial próprio, resultante de muitas reflexões individuais e em grupo e consultas a outras fontes bibliográficas como Rogers que descreve sobre a "relação de ajuda, como sendo uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida".

Bousso descreve "a enfermeira comprometida vive suas experiências e aprende sobre si mesma e conhece seus sentimentos e necessidades, trabalha com eles, aceita-se como pessoa a caminho da auto-estima podendo assim ajudar seus pacientes".

No final do estágio compreendemos que não existe regras para que a relação de ajuda seja efetiva. Cada experiência de relacionamento é única. Aprendemos a associar as mensagens verbais às não verbais, aumentando as chances de compreender realmente o que se passa com o ajudado. Percebemos que para ajudar não é preciso falar sempre; às vezes basta apenas ouvir.

II - OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

1 - Prestar assistência humanizada de enfermagem à criança, família e funcionários da Unidade de Internação Hemato - Oncológica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, baseado em referencial próprio e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

2 - Coordenar o quanti - qualitativo dos recursos humanos e materiais da Unidade.

Justificativa dos Objetivos:

O objetivo nº 01 tem por finalidade atender a criança oncológica, seus familiares e funcionários, através de uma

assistência "holística", ou seja, intervenção no sistema corpo/mente, procurando reduzir o estresse excessivo, fortalecendo o corpo, e encorajando-os a desenvolver sua auto confiança e atitude mental positiva. (CAPRA - 1982).

Visa sobretudo, interação pessoa - pessoa, vivenciando as experiências, aprenderemos sobre nós mesmos, identificaremos sentimentos e necessidades, o que certamente, favorecerá um amadurecimento pessoal mútuo.

O objetivo nº 02 tem como finalidade aprofundar nossos conhecimentos obtidos nas fases anteriores, o que proporcionará maior segurança enquanto alunos e futuros profissionais, além de promover o aumento da capacidade de raciocínio, organização, comunicação, responsabilidade, liderança, observação e tomada de decisão.

Assumindo a unidade como um todo e o real papel do enfermeiro, favorecerá o atingimento do objetivo nº 1.

Avaliação dos Objetivos

- Objetivo número 01: Considera-se o objetivo atingido, quando após relatos verbais e manifestações não verbais das crianças, familiares e funcionários, ficar constatado alterações positivas no comportamento. E também através de modificações da qualidade energética na Kirliangrafia.

- Considera-se o objetivo alcançado se for aplicado o processo de enfermagem em 80% dos pacientes internados, à partir da data prevista para a aplicação do mesmo.

- Objetivo número 02: Considera-se o objetivo atingido se for realizado 80% das estratégias propostas.

III - REVISÃO DA LITERATURA

Para atendermos adequadamente o paciente oncológico faremos uma breve revisão bibliográfica.

Sempre que a palavra câncer é pronunciada, desperta nas pessoas em diferentes graus o medo das consequências que a doença acarreta.

"A história do câncer por mais antiga que seja para nós, é sempre nova e assustadora para o paciente. Esta doença, tão impregnada de estigmas, desperta nele seus problemas e sua fraqueza". (Beland, 1985)

O câncer pode ser definido como "Uma condição em que células anormais se desenvolvem, multiplicam-se e invadem o tecido normal, interferindo com suas funções e provocando a morte, a menos que uma terapia adequada seja instituída a tempo". (Garb, citado por Belan, 1985)

"O câncer pode acometer qualquer tecido, em qualquer idade e caracteriza-se por uma proliferação anormal de células que não possuem as mesmas características das células de origem (célula - mãe) e crescem de forma rápida e desordenada, ultrapassando os limites anatômicos e disseminando-se primeiro pelas estruturas vizinhas, e, depois, pelo resto do organismo. A célula neoplásica levada por vias linfáticas ou sanguíneas, pode se instalar em órgãos distantes e lá reproduzir-se, formando metástases. É nessa disseminação do câncer pelo organismo que reside toda a gravidade dessa doença pois, a partir de uma única célula neoplásica, todo o organismo pode ser comprometido". (Mayol, 1989)

"Esta multiplicação desordenada de células está relacionada ao mecanismo de reprodução celular, que depende de vários fatores de regulação. A importância de conhecer estes fatores reside no fato de que para o câncer expressar-se há necessidade de existirem distúrbios emocionais, imunológicos, endócrinos ou erros alimentares". (Mayol, 1989)

"O conhecimento dos fatores cancerígenos externos ou ambientais, possibilita a atuação dos profissionais de saúde na detecção precoce da doença. Alguns fatores cancerígenos são atualmente bem conhecidos, apesar de quase nada se fazer para evitá-los". (Mayol, 1989)

"Através de muitas pesquisas constatou-se que fatores físicos, químicos, genéticos e virais contribuem para o surgimento da doença". (Brunner, 1987)

"Como acontece com a maioria das doenças crônicas, não se conhecem todos os fatores na etiologia do câncer. Da mesma forma as causas do câncer podem ser classificadas sob os rótulos gerais de hospedeiro suscetível, agentes carcinogênicos ou prejudiciais e elementos ambientais que colocam em contato hospedeiro e agente. Em muitos cânceres, provavelmente interagem fatores múltiplos para provocar a doença". (Beland, 1985)

"O câncer tem uma característica essencial: o organismo é incapaz de controlar o crescimento e proliferação de células. (Beland, 1985)

"Uma das dificuldades para o controle da doença é a descoberta tardia dos casos, onde os recursos terapêuticos são pouco eficazes". (Gadelha, 1990)

"Em crianças de 01 a 14 anos o câncer é a segunda causa de morte, depois dos acidentes". (Beland, 1985)

A doença inicia-se de modo imperceptível. Várias divisões celulares ocorrem antes que o tumor se torne grande o bastante para ser detectado clinicamente. Acompanhando o crescimento do tumor vários distúrbios gerais e/ou locais podem

surgir no organismo. Os sinais e sintomas gerais como fadiga, emagrecimento, anorexia e hipertermia, aparecem frequentemente em fases mais adiantadas da doença. (Mayol, 1989)

"O diagnóstico precoce constitui o primeiro passo para a cura da doença em muitos tipos de câncer".

Beland, citando Cance Buttetim, descreve o ciclo de vida do paciente com câncer em sete fases, às quais deveria ser acrescentada uma fase anterior, a fase preventiva: (1) diagnóstico precoce, (2) tratamento recomendado, (3) tratamento amplo, (4) esclarecimento sobre a necessidade do acompanhamento, (5) acompanhamento periódico pelo médico, (6) recuperação, (7) atendimento terminal adequado. Nem todos os pacientes com um diagnóstico de câncer passam por todas estas fases".

"A remoção cirúrgica do tumor continua sendo o método mais eficaz de tratamento. Entretanto, não é só para este fim que é realizada, também tem finalidade diagnóstica (biópsia); profilática, quando removem-se tumores benígnos ou órgãos em pessoas com risco a desenvolverem câncer; paliativa, quando o câncer não tem cura; ou reparadora que objetiva melhorar o funcionamento ou estética corporal . (Brunner, 1987)

Alguns tipos de câncer como os linfossarcomas e as leucemias não são operáveis devido a sua íntima associação com a circulação sangüínea ou com extensas áreas vitais (Mayol, 1989)

Nestes casos, quando é impossível a intervenção cirúrgica e mesmo em muitos casos após a remoção do tumor, o paciente é submetido a tratamento como radioterapia e quimioterapia ou imunoterapia. (Mayol, 1989)

"A radioterapia é uma modalidade de tratamento que pode ser empregada sozinha ou associada com a quimioterapia e a cirurgia. O método consiste em emitir uma ionização no interior da massa tumoral, a fim de fazer com que cada célula receba grande carga de energia o que irá alterar o seu material genético, impossibilitando sua proliferação e causando sua destruição. As células com grande capacidade reprodutiva como as células sanguíneas e da mucosa do tubo gastrointestinal, também podem ser atingidas pelo tratamento". (Mayol, 1989)

Atualmente existem dois tipos de aparelhos utilizados em radioterapia: os equipamentos com bomba de "cobalto" e os acelerados lineares. A bomba de cobalto é o tipo mais perigoso de radioterapia, porque é permanente a fonte de radiação. (Mayol, 1989)

A radioterapia pode ser administrada através do implante de elementos radiativos diretamente na massa tumoral pelo posicionamento da cápsula ou agulhas no local, denominando-se este método de braquiterapia. Existe ainda a telerapia onde são utilizados raios, dirigidos para a região onde está localizado o tumor. (Brunner, 1987)

Em resposta a este tratamento surgem muitos efeitos colaterais graves como: lesões na pele irradiada (queimaduras), náuseas, vômitos, sangramentos, diarreias, depressão imunológica e emagrecimento. A radioterapia poderá causar esterilidade se o ovário ou testículos estiverem envolvidos no campo de irradiação. (Mayol, 1989). O uso deste tratamento pode ser vantajoso ou não e sua escolha deve envolver bom senso dos profissionais qualificados.

A quimioterapia constitui outra forma de tratamento onde são usadas substâncias altamente tóxicas ao paciente, a fim de impedir a proliferação celular, destruindo as células jovens e as de multiplicação rápida, tais como as malignas. Estas substâncias químicas atuam em uma ou mais etapas da divisão celular ou interferem na função do RNA ou DNA, de modo que a proliferação e o crescimento celular sejam inibidos. Podem atuar também sobre células que possuem crescimento rápido e ciclo vital curto. (Brunner, 1987)

Este tratamento pode preceder ou complementar o procedimento cirúrgico ou radioterápico. As consequências desta técnica são a depressão imunológica pela diminuição dos glóbulos brancos, podendo levar o indivíduo a adquirir infecções graves; sangramentos pela deficiência plaquetária, náuseas, vômitos, diarreias, alopecia, cansaço, desânimo, fraqueza e distúrbios pulmonares, cardíacos e renais. Na tentativa de atenuar os efeitos tóxicos dos quimioterápicos sobre o organismo são

administradas as drogas em ciclo regulares, onde tem períodos que o paciente não recebe o tratamento dando oportunidade para o organismo recuperar-se. (Mayol, 1989)

Os quimioterápicos podem ser administrados por via oral, intramuscular, endovenosa ou intra-arterial. O uso deste tratamento tem tido bons resultados em câncer de rim em crianças, na doença de Hodgkin (câncer dos gânglios linfáticos), no coriocarcinoma (um tipo de câncer de útero) e em outros poucos. Em certos tipos de câncer torna-se difícil saber que droga usar, em que dose e quando parar o tratamento. (Mayol, 1989)

Como principal alvo o tratamento contra o câncer visa a eliminação de metástases, esperando-se que o sistema imune do organismo, quando adequadamente estimulado, possa combater os focos metastáticos. Os tratamentos já citados possuem esta finalidade, mas os benefícios seriam muito maiores se o estímulo pudesse vir do próprio organismo. (Mayol, 1989)

A imunoterapia é um tipo de tratamento que emprega o sistema imunológico do organismo para combater o câncer e destruí-lo. Baseia-se no fato de que os tumores provocam uma resposta imunológica no organismo do paciente. (Brunner, 1987) Existem três métodos para a prática de imunoterapia: a imunoterapia ativa específica que emprega mecanismos imunológicos do paciente para rejeitar ou controlar suas células malignas; a imunoterapia inespecífica que ativa os macrófagos e aumenta a

hipersensibilidade tardia da imunidade celular; e por fim a imunoterapia ativa/passiva que utiliza a imunidade de um doador competente. (Brunner, 1987)

De acordo com Belke et ali, apesar de todas as técnicas de tratamentos, hoje existentes, o câncer ainda provoca medo nas pessoas. O desconhecimento das medidas preventivas e a não detecção precoce leva mais e mais pessoas a serem vítimas incuráveis deste mal, além de terem muitas vezes sua auto-imagem comprometida por tratamentos cirúrgicos ou efeitos colaterais de radio e/ou quimioterapia.

Em relação à quimioterapia existem cuidados importantes de Enfermagem no que diz respeito à proteção do profissional e do paciente. Para manipular agentes neoplásicos com segurança, existem 3 diretrizes: "não os aspirar, não os tocar, se desfazer dos resíduos apropriadamente" (Vero). Os enfermeiros segundo a O.M.S. (1986) com treinamento adequado podem preparar e administrar agentes quimioterápicos, desde que execute procedimentos, tais como:

- . Verificar o tipo de droga, dose e via de administração junto à prescrição médica e bula;
- . Preparar a solução em "capela de fluxo laminar", apesar de nem todas as instituições oferecerem este tipo de proteção aos profissionais;

- . Utilizar um local reservado para preparar o quimioterápico, evitando o trânsito de pessoas;
- . Evitar preparar e ingerir alimentos ou bebidas de qualquer tipo, não mascar chicletes, fumar ou manusear cosméticos nesta área;
- . Utilizar para o preparo da solução: luvas de vinyl, avental com a frente fechada, mangas compridas e punho de malha sanfonada, máscara facial transparente ou óculos e máscara;
- . Verificar a data de vencimento das soluções, a integridade dos frascos e presença de partículas estranhas;
- . Utilizar seringas descartáveis para a transferência de antineoplásicos de um frasco para o outro;
- . Preparar a droga utilizando técnica asséptica;
- . Inspeccionar a ampola para se assegurar que não ficou líquido na ponta da mesma; e usar algodão com álcool para abrí-la, reduzindo a possibilidade de aerosolização;
- . Utilizar agulha com filtro para aspirar a substância da ampola;
- . Identificar as soluções de infusão;

- . Se o quimioterápico entrar em contato com a pele ou mucosa, lave imediatamente a região com bastante água;
- . Descartar as drogas restantes do preparo da solução e equipamentos que foram usados, colocando a droga não utilizada de volta no frasco e todo material contaminado em recipiente à prova de vazamentos identificando como "material perigoso", descarte o lixo de acordo com a rotina da instituição;
- . Lavar bem as mãos após o preparo.

Para que a terapêutica com quimioterápicos seja eficaz e haja redução dos efeitos nocivos ao paciente, o enfermeiro deve conhecer as drogas, em relação à administração correta, orientação do paciente, prevenção e minimização de efeitos colaterais.

As drogas antineoplásicas podem ser administradas por diversas vias, porém a mais usada é a endovenosa. É preferível que o local da punção venosa seja o antebraço e região distante das articulações, devendo-se evitar o dorso da mão e locais com lesão. A veia selecionada deve ser calibrosa, com bom fluxo, possibilitando uma infusão mais rápida e menor tempo de contato da substância com a parede venosa (Almeida, 1987). Existem situações que impedem um bom fluxo, no local da infusão, como é o caso de pacientes submetidos a esvaziamento axilar e/ou radioterapia loco-regional; possuidores de grandes massas

axilares, supra ou infra-axilares e mediastinais; com grandes edemas em um dos membros causado por compressão de tumores. (Almeida, 1987)

Segundo ALMEIDA (1987) existem algumas rotinas de administração de quimioterapia como:

- . Puncionar veia calibrosa, com agulha adequada (butterfly). Na ausência de uma veia adequada, usar para infusão um equipo de microgotas;
- . Usar como meio de infusão, soluções de glicose a 5% ou fisiológica, com antiemético, antes de aplicar o quimioterápico;
- . Administrar a droga puncionando o equipo, ou através do tubo do "butterfly", ou ainda conectando o equipo de administração intravenosa com o frasco que contém a droga;
- . Ter certeza de uma venóclise perfeita, antes de administrar o quimioterápico;
- . "Lavar a veia" após a administração da droga feita por punção do equipo ou pelo tubo de "butterfly".

O enfermeiro deve estar ciente que a substância endovenosa pode causar lesão tecidual caso extravase, podendo

ocorrer no tecido subcutâneo reações desde hiperemia, edema e até necrose, dependendo da quantidade de substâncias no local. Caso ocorra extravasamento, existem medidas que podem ser tomadas: suspender imediatamente a infusão caso haja suspeita, não retirando a agulha; aspirar o local a fim de retirar uma parte da solução; administrar o antídoto específico da droga quando existir, em quantidade proporcional à droga extravasada, na ausência deste, injetar soro fisiológico 0,9%, também na mesma proporção; injetar corticóide no local conforme prescrição médica (C.P.M); retirar a agulha; aplicar pomada C.P.M. (hidrocortisona 1%) e aplicar gelo por 15 a 20 minutos, a cada 6 horas, durante 3 dias. (Cynamid, ?)

Segundo BRUNNER (1980), tanto a radioterapia como a quimioterapia, apresentam efeitos colaterais semelhantes, tais como:

- Náuseas e vômitos:

- . Explicar ao paciente que ele poderá sentir desconforto, porém evitar sugerir que isto pode ocorrer, pois podem ser induzidos por mecanismos psicológicos;
- . Controlar equilíbrio hidroeletrólítico;
- . Administrar rigorosamente antieméticos, quando prescritos;

- . Oferecer líquidos e alimentos, respeitando as preferências do paciente:
- . Oferecer refeições frequentes e em pequenas quantidades;
- . Recomendar repouso e relaxamento, procurando evitar barulho e confusões ;
- . Incentivar e compreender o paciente;
- . Utilizar técnicas de distração e musicoterapia (Neves-Arruda, 1990, notas pessoais).

- Diarréia:

- . Incentivar a ingesta hídrica;
- . Providenciar dieta branda e/ou com poucos resíduos;
- . Administrar medicamentos antidiarréicos, quando prescritos.

- Reações cutâneas:

- . Verificar integridade cutânea;
- . Orientar o paciente para não aplicar loções, desodorantes, pomadas, cosméticos no local da irradiação, salvo quando

prescrito pelo médico;

- . Recomendar para que proteja a pele do sol (com filtro, chapéu e guarda sol), do calor e traumatismo;
- . Orientar para que evite irritar a pele com água e sabão;
- . Orientar o paciente para não coçar o local, pois com isto há destruição das células cutâneas;
- . Não usar esparadrapos ou qualquer outro adesivo no local.

- Alopecia e epilação:

- . Tranquilizar o paciente, lhe informando que o cabelo e o pêlo crescerão novamente, ao término do tratamento;
- . Sugerir e incentivar o uso de peruca, lenço de cabeça ou gorro.

- Problemas sanguíneos:

- . Acompanhar exames laboratoriais, conferindo número de leucócitos, eritrócitos e plaquetas;
- . Observar o estado geral do paciente, controlando hemorragias e outros sintomas;

- . Orientar o paciente para que evite cortes e traumatismos, evitando com isso sangramento excessivo;
- . Isolar o paciente com imunodeficiência, evitando infecção.
- Lesões da mucosa oral;
- . Observar e anotar queixas de alteração ou perda do paladar, dor de garganta e dificuldade de deglutição;
- . Lavar a boca com 5 partes de água oxigenada e 1 de água, em intervalos freqüentes, ou solução oral de xilocaína, ou violeta de genciana com anestésico oral;
- . Mucosa vaginal: tratar monilíase conforme prescrição médica com antifúngico.

Morte:

Segundo Cruz et al: "O morrer de criança apresenta-se como a mais monstruosa e cruel das realidades, suscitando em todos imensa ansiedade e medo. A ansiedade decorrente da relação com a criança terminal frequentemente nos impossibilita de estarmos verdadeiramente ao seu lado, confortando-a, uma vez que aproximar-se efetivamente de uma criança que está morrendo é, basicamente, dispor-se a ouvi-la em seus medos e angústias de

morte."

Atualmente o conceito mundial aceito de morte é: "a cessação da função cerebral". Mas, o significado de morte/vida varia muito de uma sociedade para outra, em virtude de culturas diferentes. O que, com certeza, influenciará na recuperação e assistência da criança.

Para a criança, o ponto referencial da visão do mundo são seus pais, onde esses passarão suas idéias positivas e/ou negativas em relação a morte, o que fortemente influenciará no conceito que a mesma terá sobre a morte.

Schmitz, citando D'Assumpção (1984) alerta para a dificuldade que muitas pessoas têm em aceitar a morte de uma criança. Alguém que vive alguns dias, horas, poderá ter justificado muito mais a sua existência, pelo que fez em torno de si e pelas pessoas no meio das quais viveu."

Alegar que a criança não teve a oportunidade de vida do adulto é uma afirmação limitada pela nossa escala de valores, que é também muito restrita".

- Fases Psicológicas da Morte: Segundo a autora Elizabeth Kubler-Ross várias etapas podem ser vivenciadas pelo indivíduo, frente a morte, sendo elas:

- Negação ou Isolamento - é uma reação de defesa a percepção do estado mórbido. Caracteriza-se por fases como: não, eu não, não pode ser verdade, deve ter havido algum engano...).
- Raiva - o paciente trata a equipe de saúde com agressividade e questionamentos sobre a competência, solidariedade e terapêutica empregada. É fundamental para uma posterior aceitação da morte. Caracteriza-se por fases como: porque eu? não poderia ser fulano?
- Barganha: o paciente nesta fase almeja um prolongamento de vida. A maioria das barganhas é feita com Deus.
- Depressão: caracteriza-se por um sentimento de perda, onde o indivíduo está prestes a perder tudo e todos a quem ama. Quando a depressão é preparatória promovendo um desapego dos seres e objetos amados, não se deve encorajá-lo para a vida. A depressão prepatória é necessária e benéfica para o paciente morrer no estágio de aceitação em paz. O indivíduo preocupa-se mais com os fatos que estão a sua frente do que com os que ficaram para trás.
- Aceitação: é um período de fuga dos sentimentos, onde as notícias do meio exterior não são importantes, as conversas são mais desejáveis.

Para alcançar a aceitação da morte, Bastos (1983), cita alguns fatores, tais como: maturidade psicológica do indivíduo - influência de sistemas, referências variáveis, tais como orientação religiosa, idade, sexo.

Apresentaremos o quadro sobre a Problemática da Morte na Infância:

A PROBLEMÁTICA DA MORTE NA INFÂNCIA: Como as crianças compreendem e reagem à morte

Conceito de morte	Reações à morte	Intervenções
Lactentes e toddlers		
Para a criança com menos de 6 meses a morte não tem a mínima significação	Perante a morte de uma pessoa, podem continuar a agir como se a pessoa estivesse viva.	Ajudar os pais a lidar com seus sentimentos permitindo-lhes manter maiores reservas emocionais para atender às necessidades de seus filhos.
Após o estabelecimento da ligação mãe-filho e do desenvolvimento de confiança, a perda, ainda que temporária, da pessoa significativa para a criança tem efeito profundo.	À medida que cresce, a criança cada vez se torna mais capaz e propensa a se desligar da pessoa morta.	Encorajar os pais a permanecerem o mais perto possível da criança, embora seja necessário ser sensível para as necessidades dos pais.
A separação prolongada durante os primeiros anos de vida é considerada mais importante do que em qualquer outra idade, em termos de crescimento físico, social e emocional futuro.	O ritualismo é importante: uma mudança no estilo de vida pode ser ansiogênica.	Manter um ambiente tão normal quanto possível para manter o ritualismo.
Os toddlers são egocêntricos e só conseguem pensar nos acontecimentos a partir de seu próprio esquecimento de referência - a vida.	Este grupo etário reage mais à dor e ao mal-estar de uma doença grave do que ao prognóstico provavelmente fatal.	Se um dos pais morreu, estimular a presença de uma pessoa que permaneça constantemente com a criança.
Seu egocentrismo e a vaga separação entre fatos e fantasia		Caso os pais não tenham condições de fazer visitas frequentes, designar à criança uma enfermeira "primária"

Continua...

Continuação

A PROBLEMÁTICA DA MORTE NA INFÂNCIA: Como as crianças compreendem e reagem à morte

Conceito de morte

Reações à morte

Intervenções

lhes impossibilitam a compreensão da ausência de vida.

Ao invés de compreender a morte, este grupo etário é mais afetado por quaisquer mudanças no modo e estilo de vida.

Crianças pré-escolares

Acreditam que seus pensamentos são suficientes para causar a morte: em consequência, sofrem de sentimentos de culpa, vergonha e castigo.

Seu egocentrismo implica um enorme senso de poder e onipotência.

Geralmente possuem alguma noção de seu significado.

A morte é percebida como uma espécie de sono.

Podem reconhecer o fato da mor-

No caso de sofrerem uma doença grave, consideram a doença como punição por seus pensamentos ou ações.

Podem sentir culpa e responsabilidade pela morte de um irmão.

O principal temor em relação à

morte é de se separarem dos pais.

Podem engajar-se em atividades que, para os adultos, parecem estranhos ou anormais.

Ajudar os pais a lidar com seus sentimentos permitindo-lhes manter maior reserva emocional para atender às necessidades de seus filhos.

Ajudar os pais a compreenderem as reações comportamentais de seus filhos.

Encorajar os pais a permanecerem próximos de seu filho tanto quanto possível, a fim de minimizar seu grande temor de separação dos pais.

Continua...

Continuação

A PROBLEMÁTICA DA MORTE NA INFÂNCIA: Como as crianças compreendem e reagem à morte

Conceito de morte	Reações à morte	Intervenções
te física, mas não a separam das capacidades exercidas em vida.	Devido a seu menor número de mecanismos de defesa para lidar com a perda, as crianças pequenas podem reagir a uma perda menos significativa mostrando maior pesar externo do que à perda de uma pessoa muito significativa.	Se um dos pais faleceu, estimular a presença de uma pessoa que permaneça constantemente com a criança.
A morte é considerada temporária e gradual; vida e morte podem substituir-se uma à outra.		Caso os pais não tenham condições de fazer visitas frequentes, designar à criança uma enfermeira "primária"
Não há compreensão da universalidade e inevitabilidade da morte.	A perda é tão profunda, dolorosa e ameaçadora, que a criança precisa negá-la, a fim de poder sobreviver ao impacto devastador do acontecimento.	
	Reações comportamentais como rir sem motivo, contar anedotas, chamar a atenção ou regredir para habilidades de fases anteriores de desenvolvimento indicam a necessidade da criança de distanciar-se de tão terrível perda.	

* Os pais devem ser encorajados a discutir seus problemas a respeito da criança doente, bem como participarem dos "cuidados" dentro e fora do hospital.

A PROBLEMÁTICA DA MORTE NA INFÂNCIA: Como as crianças compreendem e reagem à morte

Conceito de morte	Reações à morte	Intervenções
Crianças de idade escolar		
Ainda associam maldades ou maus pensamentos com causa de morte e sentem intensa culpa e responsabilidade pelo acontecido.	Por causa de sua maior capacidade de compreender, podem sentir maior número de temores, por exemplo:	Ajudar os pais a lidar com seus sentimentos, permitindo-lhes manter maior reserva emocional para atender às necessidades de seus filhos.
Por causa de sua maior capacidade conjuntiva, respondem bem às explicações lógicas e compreendem o sentido figurado das palavras.	- o motivo da doença; - transmissibilidade da doença para si mesma ou outras pessoas; - consequência da doença;	Encorajar os pais a permanecerem próximos do filho tanto quanto possível, embora seja necessário ser sensível às necessidades dos pais.
Têm uma compreensão mais profunda da morte em sentido concreto.	- o processo de morrer e a própria morte;	Por causa de seu temor ao desconhecido, o preparo antecipado é muito importante.
Temem especialmente a mutilação e a punição que associam à morte.	Seu temor ao desconhecido é maior que o temor ao conhecido	Como a tarefa do desenvolvimento deste grupo é a industriossidade, é necessário ajudar as crianças a manterem o controle sobre seus corpos e aumentar sua compreensão de modo a permitir-lhes atingir independência, auto-estima e valor próprio, evitando assim sentimentos de
Em torno dos 9 ou 10 anos, já possuem um conceito adulto de morte, compreendendo que ela é universal e irreversível.	A compreensão da morte iminente é uma enorme ameaça ao seu senso de segurança e à força do ego.	
Personificam a morte como um demônio, monstro ou fantasma.	Probabilidade de exibirem resistência através de não-cooperação verbal, em lugar de agressão física.	
	Muito interessada nas cerimônias	

Continua...

Continuação

A PROBLEMÁTICA DA MORTE NA INFÂNCIA: Como as crianças compreendem e reagem à morte

Conceito de morte	Reações à morte	Intervenções
	e providências após a morte.	inferioridade.
	Podem fazer perguntas a respeito do que acontece com o corpo	Encorajar as crianças a falarem de seus sentimentos e proporcionar-lhes saídas para a agressividade.
		Encorajar os pais a responderem honestamente às perguntas a respeito da morte, em lugar de evitar o assunto ou inventar eufemismos.
		Encorajar os pais a compartilharem com seus filhos os momentos de tristeza.
		Proporcionar preparo para as providências após a morte.

Adolescentes

Têm uma compreensão adulta de morte.	Percorrem a transição da infância para a vida adulta.	Ajudar os pais a lidar com seus sentimentos permitindo-lhes
Ainda são muito influenciados pelos remanescentes do pensamento mágico e estão sujeitos à	Têm enorme dificuldade de lidar com a morte.	manter maior reserva emocional para atender às necessidades de seus filhos.
	Mínima probabilidade de aceitar	

Continua...

Continuação

A PROBLEMÁTICA DA MORTE NA INFÂNCIA: Como as crianças compreendem e reagem à morte

Conceito de morte	Reações à morte	Intervenções
culpa e à vergonha.	a cessação da vida, especialmente da própria.	Evitar alianças com um ou outro dos pais ou com a criança.
Tendem a considerar os desvios de comportamentos aceitos como as razões para sua doença.	Preocupa-se muito mais com o presente do que com o passado ou com o futuro.	Estruturar a admissão ao hospital de modo a permitir o máximo autocontrole e independência.
	Podem sentir-se alienados de seus pares e incapazes de comunicar com os pais em busca de apoio emocional - sentem-se sozinhos em sua luta.	Deixar que o paciente procure se conhecer você.
	O adolescente está orientado para o presente, o que o leva a se preocupar mais com as mudanças físicas do que com prognóstico.	Responder às perguntas dos adolescentes com honestidade tratando-os como indivíduos adultos e respeitando sua necessidade de privacidade, solidão e manifestações pessoais de emoções
	Por causa de sua visão idealística do mundo, podem criticar os ritos fúnebres, considerando-os bárbaros, desnecessários e geradores de lucro.	Ajudar os pais a compreenderem as reações de seu filho diante da morte e o morrer, especialmente a preocupação com crises atuais, como perda de cabe-los, pode ser muito maior do que com crises futuras, inclusive com a possibilidade de morte

*** PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO:**

- Preparo: preparar a criança antecipadamente para as modificações decorrentes da doença.
- Participação: incluir a criança em tantas decisões quanto for possível.
- Partilha: permitir que os membros da família e os companheiros da criança façam parte do esquema da assistência.
- Controle: identificar a área em que a criança possa exercer controle, diminuindo sentimentos de incerteza, passividade e impotência.

Hospitalização

Segundo Walley (- 440) "a compreensão, a reação e o mecanismo, para enfrentar e superar doença e/ou hospitalização das crianças são influenciados pela importância atribuída aos fatores estressantes individuais em cada fase de desenvolvimento. Os principais fatores estressantes são a separação, a perda de controle e a lesão corporal".

Schmitz (- 184) nos diz que "a doença determina uma série de novas e desagradáveis sensações corporais. Se a criança necessita de hospitalização, outros fatores irão se juntar aos primeiros.

Assim, normalmente, os problemas quando a criança terá de enfrentar ao adoecer e hospitalizar-se são:

- O mal físico ou dano corporal;
- A separação dos pais ou a ausência de adultos confiáveis;
- O estranho, o desconhecido e a possibilidade de surpresas;
- A incerteza sobre os limites e comportamentos esperados como normais;
- Severidade do processo orgânico;
- As atitudes de médicos, enfermeiros e de outras pessoas de significação afetiva no mundo do paciente.

A separação do indivíduo dos seus familiares é um ponto de grande ansiedade quando o mesmo toma consciência de sua condição terminal.

O fator religioso também é de grande influência nesta fase terminal. Mesmo no caso de crença em uma vida após a morte, o indivíduo vive angústias e ansiedades muito grande, devido ao medo do desconhecido.

Sempre que uma criança fica doente o estresse é criado, envolvendo a família como um todo. Embora a doença seja aguda, crônica ou fatal, tratada em casa ou no hospital, isto terá impacto não apenas na criança doente, mas em toda a família.

Inúmeros são os problemas enfrentados pelos pais ao internar seu filho.

- 01) Medo realístico a irrealístico da doença e do desconhecido.
- 02) Sentimentos de culpa e/ou de ambivalência para com as crianças.

- 03) Insegurança e ausência de controle sobre o ambiente hospitalar, pessoas, rotinas, procedimentos e equipamentos.
- 04) Modificações nas rotinas de vida e atendimento das necessidades do filho doente.
- 05) Medo de perder o afeto do filho.
- 06) Insegurança quanto a mudança de comportamento do filho e desconhecimento de procedimentos ligados a sua recuperação.
- 07) Problemas financeiros, sociais e afetivos vinculados à doença e à hospitalização da criança.
- 08) Padrões comportamentais solicitados aos pais, diferentes dos habituais.

A problemática psicoemocional de pais e filho, decorrente da hospitalização da criança, afeta aos profissionais da área de saúde com grande ênfase para a enfermagem, por suas atribuições e características: a enfermagem atende necessidades básicas, implementa medidas terapêuticas e está 24 hs. em convívio com pais e filho. A enfermeira pediátrica, junto com sua equipe auxiliar e como extensão da filosofia de assistência integral à criança e a família, deverá pôr em prática medidas de

prevenção das consequências mórbidas da hospitalização infantil e aquelas que garantam a continuidade do seu desenvolvimento. As medidas requeridas, fundamentalmente, estarão baseadas nos seguintes princípios:

- a) Manutenção e favorecimento da adequada relação entre pais e filho.
- b) Preparação de ambos para a experiência de admissão, hospitalização e alta.
- c) Modificação tanto quanto possível da experiência de hospitalização.
- d) Manutenção das condições necessárias ao desenvolvimento infantil.

Citaremos o quadro abaixo com as metas de enfermagem para minimizar o stress da criança hospitalizada:

DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO SÃO ESPERADAS REAÇÕES DIFERENTES
PARA CADA CRIANÇA, EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO

	Realização de desenvolvimento	Reações de comportamento	Intervenções
Idade	e principais temores		
Lactente	Confiança, desconfiança	Protesto - chora, grita,	Atender às necessidades fi-
	Separação	<p>procura pelos pais, agarra-se aos pais, evita e rejeita o contato com estranhos.</p> <p>Desesperança - inativo, retraído, deprimido, desinteressado do ambiente</p> <p>Negação - resignação: "ajustamento" aparente, ou seja, parece interessado no ambiente, feliz, amigável.</p>	<p>sicas imediatamente</p> <p>Permitir visitas irrestritas dos pais.</p> <p>Entrevistar os pais para de-</p> <p>terminar as maneiras habitu-</p> <p>ais de confortar a criança e</p> <p>de atender as suas necessi-</p> <p>dades, aplicar este conheci-</p> <p>mento na ausência dos pais.</p> <p>Designar pessoal consistente de modo a permitir continuidade na assistência.</p>
Dor		<p>Recém-nascido - reação física generalizada, pode ser distraído facilmente.</p>	<p>Encorajar os pais a permanecer com o paciente e auxiliar na assistência.</p> <p>Empregar técnicas de redução</p>
		<p>Final do primeiro ano - reação localizada, não coopera, oferece resistência física.</p>	<p>da dor, incluindo medicação</p> <p>Empregar medidas de conforto</p>

DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO SÃO ESPERADAS REAÇÕES DIFERENTES
PARA CADA CRIANÇA, EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO - Continuação

Idade	Realização de desenvolvimento e principais temores	Reações de comportamento	Intervenções
Toddler	Autonomia vs vergonha e dúvida Separação	Protesto - queixas verbais para os pais, ataquas verbal a outros, luta física, ou seja, morde, chuta, dá tapas e socos, tenta fugir para encontrar os pais e tenta forçá-los fisicamente a permanecer. Desesperança - passivo, deprimido, desinteressado no ambiente, não comunicativo, perda das habilidades recentemente adquiridas Negação - similar aos lactentes; comportamentos menos regressivos	Permitir a criança expressar sentimentos de protesto. Aceitar os comportamentos regressivos sem comentários Encorajar a criança falar sobre os pais e os outros em sua vida Encorajar os pais a permanecerem com o filho no hospital, se possível Encorajar os pais a deixar objetos que confortem a criança, como um brinquedo favorito Interpretar os comportamentos da criança, para os pais Incorporar à assistência as rotinas do lar importantes para a criança sempre que
	Perda do controle - restrição física, perda de rotina e de rituais, dependência	Regressão Negativismo Crises de birra	

DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO SÃO ESPERADAS REAÇÕES DIFERENTES
PARA CADA CRIANÇA, EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO - Continuação

Idade	Realização de desenvolvimento e principais temores	Reações de comportamento	Intervenções
	lesão corporal e dor	Resistência Agressão física Não-cooperação verbal	possível, por exemplo, rituais na hora de dormir e do banho Permitir à criança tanta motividade quanto possível Empregar técnicas de redução de dor, incluindo medicação Empregar medidas de conforto
Pré-escolar	Iniciativa vs culpa Separação	Protesto - menos direto e agressivo que o toddler, pode transferir sentimentos a outros Desesperança - similar ao toddler Negação - similar ao toddler	Permitir que a criança expresse protesto e raiva Encorajar a criança a discutir sobre si e família Aceitar comportamentos regressivos
	Perda do controle - sendo do próprio poder	Agressão - física e verbal	Assistir a criança à evolução de respostas regressivas para comportamentos adequados
	Lesão corporal e dor - procedimentos invasivos, mutilação	Regressão - dependência retratamento, sentimentos	para sua idade, assim que

DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO SÃO ESPERADAS REAÇÕES DIFERENTES
PARA CADA CRIANÇA, EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO - Continuação

	Realização de desenvolvimento	Reações de comportamento	Intervenções
Idade	e principais temores		
	castração	de medo, ansiedade, culpa, vergonha, respostas fisiológicas, comportamento imaturo	estiver pronta Proporcionar brinquedos e atividades recreacionais Encorajar a criança a "representar" sentimentos e medos Permitir tanta mobilidade quanto possível Encorajar os pais a visitas freqüentes Encorajar a internação conjunta, quando possível Incentivar os pais a deixarem com a criança seu brinquedo favorito e alguma evidência tangível de seu amor Reconhecer os temores e ansiedades da criança Evitar procedimentos invasivos quando possível

DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO SÃO ESPERADAS REAÇÕES DIFERENTES
PARA CADA CRIANÇA, EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO - Continuação

Idade	Realização de desenvolvimento e principais temores	Reações de comportamento	Intervenções
Escolar	<p>Industriosidade vs. inferioridade</p> <p>Separação (tanto dos pais quanto dos pares)</p> <p>Perda de controle - dependência imposta, papéis familiares alterados</p> <p>Lesão corporal e dor - medo da própria doença, incapacidade e morte, procedimentos invasivos na área genital</p>	<p>Habitualmente os comportamentos de protesto, desesperança ou negação não são observados</p> <p>Qualquer dos seguintes pode indicar reação a separação, bem como outros temores - solidão, tédio, isolamento, retratamento, depressão, raiva, hostilidade, frustração, sono excessivo</p> <p>Busca informação</p> <p>Aceita passivamente a dor</p> <p>Geme</p> <p>Mantém-se rigidamente quieto</p> <p>Tenta agir com coragem</p> <p>Comunica sobre sua dor</p>	<p>Permitir a expressão de sentimentos, tanto verbal quanto não-verbalmente</p> <p>Reconhecer os temores e preocupações da criança: encorajar a discussão dos mesmos</p> <p>Envolver a criança em atividades adequadas à sua condição e nível de desenvolvimento</p> <p>Proporcionar à criança atividades na enfermaria ou na unidade</p> <p>Empregar intervenções apropriadas para aliviar a dor</p> <p>Incentivar os pais a visitar ou permanecer junto à criança no hospital quando possível</p> <p>Encorajar contato com os pais</p> <p>Continuar trabalho escolar</p>

DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO SÃO ESPERADAS REAÇÕES DIFERENTES
PARA CADA CRIANÇA, EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO - Continuação

Idade	Realização de desenvolvimento e principais temores	Reações de comportamento	Intervenções
		Pode tentar adiar um evento	Proporcionar recreação individualizada
Adolescente	Identidade vs difusão de papéis Perda do controle - perda da identidade, dependência imposta Lesão corporal e dor - mutilação, mudanças sexuais Separação (especialmente do grupo de pares)	Rejeições Falta de cooperação Retraimento Auto-afirmação Autocontrole Cooperação Temor, ansiedade Confiança em excesso Pode aproveitar-se dos ganhos da dor Depressão Solidão Retraimento Tédio	Explorar sentimentos em relação ao hospital e a importância que sua doença pode ter em seus relacionamentos formação da identidade e planos futuros Ajudar no ajustamento a novas figuras de autoridades Explicar procedimentos, terapias e rotinas Ajudar a desenvolver mecanismos positivo para lutar Encorajar manutenção do contato com o grupo de pares Proporcionar privacidade Proporcionar escolarização e recreação individualizadas

RESUMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR O ESTRESSE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Metas**Responsabilidades**

Ajudar a criança a se sentir segura
em um ambiente estranho

Proporcionar pessoal de enfermagem consistente tanto
quanto possível, designar uma enfermeira primária.

Proporcionar uma atmosfera de calor e aceitação para a
criança e seus pais

Obter dos pais ou outro responsável a rotina habitual
da criança e o modo de se lidar com ela (ver o Quadro
História de enfermagem à admissão, mais adiante)

Tentar manter uma rotina similar à que a criança está
acostumada em sua casa

Tentar colocar a criança em um ambiente não ameaçador

Permitir que a criança mantenha tantas ligações com o
lar quanto aceitável

Estimular os pais a deixar algum símbolo de seu amor

Minimizar o aspecto de ambiente hospitalar o máximo
possível, por exemplo, permitir que a criança sente à
mesa para comer, vista seu próprio pijama, etc.

Usar termos familiares para a criança, como aqueles
usados para as funções corporais.

Implementar o estabelecimento de limites adequados.

RESUMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR O ESTRESSE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA - CONT.

Metas	Responsabilidades
Reduzir ou aliviar o medo do desconhecido	<p>Ajudar os pais a preparar a criança para hospitalização eletiva.</p> <p>Explicar as rotinas, aparelhos, procedimentos e eventos, em uma linguagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança: usar linguagem simples</p> <p>Tranquilizar a criança, repetidamente, se necessário</p> <p>Absolver a criança de qualquer culpa que possa sentir em relação à hospitalização.</p> <p>Permitir que a mãe e/ou o pai participe(m) dos cuidados da criança.</p> <p>Permitir que a criança manuseie objetos que possa considerar estranhos e/ou ameaçadores.</p> <p>Permitir à criança algum controle sobre seu ambiente, encorajá-la a ajudar a planejar suas atividades</p>
Permitir a expressão de sentimentos	<p>Aceitar a expressão de sentimentos.</p> <p>Prover uma atmosfera que encoraje a livre expressão de sentimento</p> <p>Proporcionar oportunidades para verbalizar, "representar" ou expressar, de outra forma, sentimentos, sem medo de punição.</p>

RESUMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR O ESTRESSE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA - CONT.

Metas

Responsabilidades

Ajudar a criança a sentir que é
cuidada como uma pessoa

Manter a identidade da criança.

Chamar a criança por seu nome ou apelido habitual.

Evitar dar um apelido à criança ou traduzir seu nome para outra língua, como Joe ao invés de José.

Evitar comunicar quaisquer sinais de rejeição, desgosto ou outros sentimentos negativos à criança.

Criticar ou comunicar desaprovação de comportamento inaceitável, não desaprovação da criança.

Comunicar (verbal e não verbalmente) à criança que ela é uma pessoa valiosa.

Proporcionar amor e afeição

Proteger os relacionamentos interpessoais na família.

Encorajar os pais a permanecerem no hospital sempre que possível.

Encorajar os pais e outras pessoas a demonstrarem afeição pela criança.

Planejar trabalho e programação que permitam o contato pessoal com a criança.

Designar "avó adotiva" para a criança, se disponível.

RESUMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR O ESTRESSE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA - CONT.

Metas**Responsabilidades**

Minimizar a separação

Reconhecer os comportamentos de separação da criança como normais.

Permitir que a criança chore.

Proporcionar apoio através de presença física.

Manter o contato da criança com seus pais.

Falar frequentemente sobre seus pais

Encorajar a criança a lembrar e falar dos pais.

Enfatizar a importância das visitas, telefonemas ou cartas dos pais.

Ajudar os pais a compreender os comportamentos da ansiedade de separação e sugerir maneiras de apoiar a criança.

Explicar à criança que partirão e quando voltarão.

Dizer à criança hospitalizada o motivo da partida.

Comunicar a hora esperada do retorno em termos de acontecimentos esperados. Por exemplo, se os pais retornarem pela manhã, podem dizer à criança que ela os verá "Após o sol nascer", ou "Quando (um programa favorito) estiver passando na televisão".

Visitar pouco tempo, mas frequentemente, ao invés de uma vez, demoradamente; encorajar os pais e parentes a fazerem rodízio nas visitas.

RESUMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR O ESTRESSE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA - CONT.

Metas**Responsabilidades**

Permitir a visita dos irmãos.

Deixar com a criança artigos favoritos do lar, tais como cobertor, brinquedo, mamadeira, utensílio de alimentação, ou artigo de vestuário.

Proporcionar fotografias dos membros da família e gravações de vozes dos pais, lendo uma estória, cantando, rezando na hora de deitar, ou contando os acontecimentos do lar.

Deixar pequenos presentes para a criança abrir a cada dia; caso os pais saibam quando será sua próxima visita, devem deixar o número de pacotes correspondentes aos dias entre as visitas.

Estabelecer um relacionamento de
confiança com a criança

Ser positivo na abordagem à criança.

Ser honesto com a criança.

Oferecer explicações para objetos e acontecimentos desconhecidos.

Comunicar à criança os comportamentos que se espera dela.

Ser consistente nas expectativas e no relacionamento com a criança.

Tratar a criança honestamente e ajudá-la a sentir que

 RESUMO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR O ESTRESSE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA - CONT.

Metas	Responsabilidades
	<p>está sendo tratada assim.</p> <p>Encorajar os pais a manter um relacionamento de confiança com a criança.</p>
<p>Permitir regressão durante os períodos de doença</p>	<p>Reconhecer que o comportamento regressivo é uma característica da doença.</p> <p>Aceitar o comportamento regressivo e ajudar a criança com sua dependência.</p> <p>Ajudar a criança a superar o componente negativo do estágio psicossomático para o qual regrediu, por exemplo superar a desconfiança; facilitar o desenvolvimento da confiança.</p>
<p>Proporcionar oportunidades para brincar</p>	<p>Proporcionar amplo tempo para recreação.</p> <p>Fornecer brinquedos para a criança.</p> <p>Encorajar brincadeiras e diversões adequadas para a idade, condição e capacidade da criança.</p> <p>Usar as brincadeiras como uma estratégia de ensino e uma técnica de redução de ansiedade.</p> <p>Proporcionar atividades recreacionais.</p> <p>Encorajar à interação com outras crianças.</p>

Dor:

Segundo Beland (pg. 53) "O mal-estar provocado pela dor tem duas (02) fontes: a própria sensação de dor, o significado que o indivíduo atribui a ela. Estudos de pessoas em situações que induzem dor demonstram que muitas vezes é este significado que determina a extensão do sofrimento. A crença de que a dor é inevitável e muitas vezes intolerável pode, por si só, aumentar a intensidade da dor que o paciente sente. Se as enfermeiras e médicos estiverem convencidos de que a dor é um aspecto inevitável do câncer, acabarão por reforçar os temores do paciente e por negligenciar outras causas de seu mal-estar, prejudicando o atendimento".

"A dor é uma sensação subjetiva e desagradável, associada segundo a OMS (1986), com fatores biológicos, psicológicos, como a depressão, raiva e ansiedade".

Segundo Beland, "quando ocorre dor em casos de câncer, em geral é em consequência de pressão sobre terminações nervosas sensoriais junto à obstrução, ulceração ou infecção. As medidas empregadas para o tratamento do câncer também podem provocar dor. O tratamento cirúrgico provavelmente provoca dor, bem como a radioterapia, principalmente e por induzir uma reação inflamatória dos tecidos na área tratada. Embora possa aparecer no princípio da doença, a dor é em geral um sintoma mais tardio".

A enfermagem tem um papel significativo na assistência ao paciente com dor e segundo NEVES (1986), o profissional pode atuar das seguintes maneiras:

- Confiar no paciente porque só ele pode realmente sentir e descrever sua dor;
- Ajudá-lo a enfrentar a dor utilizando um ambiente harmonioso, buscar pessoas com as quais o paciente tem um bom relacionamento e/ou ama, falar sobre a experiência dolorosa se o paciente quiser;
- Avaliar a dor sem comparações, incluindo a percepção das pessoas que o cercam "quanto a instalação e duração, localização, qualidade e intensidade;
- Aliviar a dor com métodos alternativos, usando: mudança de decúbito, coxins, massagens e aplicação de calor ou frio indicados, distração e relaxamento;
- Aliviar a dor com drogas conforme prescrição médica, combinar com os métodos alternativos, avaliar a resposta do paciente aos métodos empregados, passando informações ao médico;
- Orientar paciente e familiares quanto: ao uso de medicamentos, efeitos colaterais, contra-indicações e necessidade de entrar em contato com o médico quando desejarem maiores informações.

Holismo e Saúde

O termo "holístico", do grego "holos", "totalidade", refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores. (Capra, 1982)

"Em medicina holismo significa que o organismo humano é visto como um sistema vivo cujos componentes estão todos interligados e interdependentes. Numa acepção mais ampla, a concepção holística reconhece também que este sistema é parte integrante de sistemas maiores, o que subentende que o organismo individual está em interação contínua com seu meio ambiente físico e social, sendo constantemente afetado por ele, mas podendo também agir sobre ele e modificá-lo". (Capra, 1982)

Modelo de doença holístico

A doença é uma manifestação biológica de enfermidade, e o modelo distingue claramente entre origens da doença e processos patológicos. Acredita-se que o estresse excessivo contribui de um modo significativo para a origem e o desenvolvimento da maioria das doenças, manifestando-se no desequilíbrio inicial do organismo e, subsequentemente sendo canalizado através de uma determinada configuração da personalidade para dar origem a distúrbios específicos. Um aspecto importante deste processo é o fato de que a enfermidade é frequentemente percebida, consciente

ou inconscientemente, como uma saída para a situação estressante, representando as várias espécies de enfermidade diferentes vias de fuga. A cura da doença não fará necessariamente com que o paciente fique saudável, mas a enfermidade pode ser uma oportunidade para a introspecção que resolva a raiz do problema.

Abordagem holística para assistência

A assistência à saúde consistirá em restaurar e manter o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e outros grupos sociais. Significará pessoas cuidando de sua própria saúde, individualmente, como uma sociedade, e com a ajuda de terapeutas. Essa espécie de assistência à saúde não pode ser simplesmente fornecida, ela tem que ser praticada. Além disso, será importante considerar a interdependência de nossa saúde individual e a dos sistemas sociais e ecológicos em que estivermos inseridos.

Terapia Alternativa

A energia curativa tem sido objeto de estudos desde o princípio da civilização. : "Há séculos grandes gênios vem tentando dominar esta força estranha e enigmática e colocá-la a serviço da ciência". (Coddington, 1978). Segundo a referida autora, o assunto já foi pesquisado por inúmeros autores como os antigos Kahunas, Pitágoras, Hipócrates, Paracelso, Mesmer, Reinchenback, Hanemann, Reich, e outros. "Embora a energia se

revele de forma diferente para cada pesquisador e recebe nomes diferentes, há entre todas as suas manifestações uma semelhança notável" afirma (Coddington, 1978).

Chandu, citado por Back e Grisa (1987) refere que "o magnetismo é uma terapia antiquíssima, a faculdade de sua utilização é latente, em maior ou menor grau, em cada um de nós. O ato consciente do pai que passa a mão no ponto dolorido lamentando pela criança caída, poderia ser considerado também uma forma de magnetismo ou terapia energética. O fluxo pessoal se transmite indubitavelmente através das mãos".

Na opinião de Back e Grisa (1987) o "magnetismo é, na realidade uma palavra usada, de modo errado, para uma forma de terapia que atualmente, é indicada com uma definição mais científica: "Medicina Bioenergética". Todavia visto que a palavra "bioenergia" é utilizada em múltiplos campos, prefere utilizar a denominação terapia energética". Refere também que trata-se de uma das mais antigas formas de Arte Médica, embora, antigamente se considerava que sua aplicação exigia a intervenção de forças divinas, ocultas e até demoníacas, "atualmente sabemos que o método baseia-se, com efeito, na ação das forças naturais presentes em cada indivíduo. Isso significa em linhas gerais, que não somente todo indivíduo estará em condições de desfrutar dessas forças para curar-se a si próprio, mas que estará também em condições de infundir nos outros a própria energia inata (chamada força vital)".

Há milênios, no oriente, fala-se da aura humana que segundo os orientais, especialmente, os yogues, o corpo humano estaria mergulhado num campo de luz ou energia colorida. A aura é constituída por uma energia normalmente não visível aos nossos olhos.

Somente no século XX estudos científicos puderam comprovar que os orientais tinham razão: a aura humana, e mesmo de outros seres é uma realidade. O casal Kirlian depois de anos de estudos, pesquisas e experiências, pode fotografar aquilo que se acredita ser a aura, também denominado efeito corona. Através de experiências mais avançadas descobriu-se que o "efeito corona" modifica-se quando a pessoa é submetida a determinadas influências, especialmente de ordem energética.

Estudiosos afirmam que as doenças da mente repercute sobre o corpo (soma) produzindo estados patológicos ou doentios. O desequilíbrio da mente desequilibra o corpo, o desempenho fisiológico, desde as células, aos sistemas circulatório, respiratório, digestivo, etc. Assim, o equilíbrio mental é garantia do equilíbrio físico do ser humano. Com a descoberta do efeito corona comprovou-se que uma perturbação mental antes de produzir efeitos sobre o corpo, produz alterações sobre a aura, claramente manifesta na foto Kirlian.

"A foto Kirlian permite constatar tanto o equilíbrio como o desequilíbrio energético de uma pessoa. Permite, também visualizar os efeitos positivos provocados pela imposição das mãos

de uma pessoa paranormal".

Funcionalmente ocorre o inter-relacionamento da mente, aura e corpo. É impossível separar efetivamente um fato físico ou do corpo, da presença ou participação da mente e da aura. Para Back e Grisa (1987), com a descoberta do campo energético, ocorre uma amplificação da realidade funcional do ser humano, ou seja: o equilíbrio da mente, equilibra a aura, mas também o equilíbrio da aura auxilia poderosamente o equilíbrio da mente; O equilíbrio da aura equilibra o corpo, assim como o equilíbrio do corpo auxilia o equilíbrio da aura.

O toque terapêutico, termo que vem sendo usado mais recentemente para a imposição de mãos, é uma técnica terapêutica que tem sido aplicada há muito tempo.

As bases conceituais para entender o processo de cura do toque terapêutico são apresentados por Boguslawski:

- o homem é um campo de energia;
- o homem e o ambiente estão continuamente, simultaneamente e mutualmente trocando energia um com o outro, entendendo-se por ambiente todo o exterior do homem, inclusive outra pessoa;
- a ordem universal é uma força inata a todo campo de energia.

Este campo energético, ou força vital, é uma forma de energia eletromagnética; é a corrente animadora da vida.

É empregando as correntes de força vital, que fluem naturalmente das mãos de todas as pessoas, que se pode aliviar a dor, ansiedade e equilibrar a energia de outra pessoa.

A força vital tem sido chamada por diferentes nomes, através dos tempos. Assim, Cristo a chamou "luz"; os russos de "energia bioplasmática"; Wiehelm Reich de "energia orgone"; os yogues da India Oriental de "pran" ou "prana; Paracelso chamou-a "munia"; os chineses de "chi" ou "ki"; Hipócrates de "força vital da natureza"; Brunner de energia "biocósmica". É chamada também de bionergia, energia cósmica, éter do espaço, etc.

Segundo GORDON, "a energia vital flui através do corpo como se estivesse seguindo um sistema circulatório invisível, carregando toda a célula no seu caminho. Esta corrente de energia pode tornar-se enfraquecida e parcialmente bloqueada devido ao cansaço".

As técnicas do toque físico e não físico são realizadas para repadronizar a energia através de todo o organismo, abrindo os pontos bloqueados e reestabelecendo, assim, o fluir natural e o alinhamento da força vital através do corpo.

BOGUSLAWSKI propõe alguns atributos e conceitos importantes que devem ser observados pela pessoa que utilizará o toque terapêutico como intervenção:

- primeiro, é ter a intenção de ajudar o outro, querer que aquela pessoa sinta-se bem;
- segundo, é ter habilidade de concentração; o toque terapêutico é um processo consciente, que não pode ser desenvolvido de maneira descuidada, com o pensamento em outro lugar;
- terceiro, é ter habilidade para centralizar-se;
- quarto, é importante que o terapeuta não se sinta cansado, sintase bem, pois se ele não for capaz de centralizar-se, em vez da fonte universal de energia, é a sua energia pessoal que será usada;
- quinto, o terapeuta está transmitindo a energia universal, ordenada, que existe dentro de todos nós e no ambiente, e não sua energia pessoal;
- sexto, outro conceito importante e difícil para os iniciantes internalizarem é "o esforço"; se o terapeuta centraliza e tem a intenção de ajudar o cliente, a unicidade do terapeuta com o ambiente e o desejo do cliente em estar bem, fará com que naturalmente a energia necessária seja captada pelo cliente;
- sétimo, é importante que o terapeuta sugira ao cliente exercícios de visualização, que envolvem a criação de uma figura

mental que possa auxiliar o cliente na repadronização da energia.

"A enfermagem mantém um contato direto e muitas vezes prolongado com os clientes que se encontram nas mais variadas situações de desequilíbrio que se mantém inalteradas apesar de todos os esforços dos profissionais e da terapêutica. Talvez, a imposição das mãos, feita pelas pessoas que assistem rotineiramente, seria uma alternativa que, através da transferência de energia, pudesse equilibrar ou harmonizar o campo eletromagnético do doente, produzindo efeitos positivos tanto para a sua saúde física, quanto para a mental e a espiritual". (Kroeger)

Aspectos relacionados às questões administrativas:

Para Paim (1978:103), administração é "o conjunto de princípios científicos e técnicos que tem o objetivo de planejar, coordenar, dirigir, organizar e controlar os esforços de grupos de indivíduos que se associam para obtenção de um resultado comum".

Partindo de nossos princípios filosóficos, no sentido de complementar o que cita PAIM, concordamos com LERCH quando diz que "administrar não significa apenas aplicar as técnicas mais modernas e frequentar programas de treinamento

esteriotipados. É colocar a cabeça e o coração na tarefa que será desenvolvida por "uma pessoa em contactação com outras "pessoas" que lhe são subordinadas".

Portanto para nós acadêmicas, o administrar é o meio fundamental para prestarmos uma assistência qualificada e humanizada, norteando as diretrizes que devemos seguir no planejamento, organização, coordenação e execução desta assistência.

Recursos Humanos

A fim de maior esclarecimento sobre o assunto, citaremos alguns parágrafos de CHIAVENATO (1981: 160-1978)

"As políticas de recursos humanos procuram condicionar o alcance dos objetivos e o desempenho das funções de pessoal. Políticas são regras estabelecidas para governar funções e assegurar que elas sejam desempenhadas de acordo com os objetivos desejados".

"A Avaliação dos Recursos Humanos (A.R.H.) consiste no planejamento, na organização, no desenvolvimento, na coordenação e no controle de técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal, ao mesmo tempo em que a organização representa o meio que permite às pessoas que com ela colaboram

direta ou indiretamente com o trabalho".

A A.R.H. "significa conquistar e manter pessoas na organização, trabalhando e dando o máximo de si, com uma atitude positiva e favorável".

Os objetivos da A.R.H. são:

- criar, manter e desenvolver um contingente de recursos humanos, com habilidade e motivação para realizar os objetivos da organização;
- criar, manter e desenvolver condições organizacionais de aplicação, desenvolvimento e satisfação plena dos recursos humanos, e alcance dos objetivos individuais; e
- alcançar eficiência e eficácia com os recursos humanos disponíveis".

Recursos Materiais

Para maior compreensão do assunto citaremos alguns autores.

Horr et (1989:24), citando Machline afirmam que "a administração de recursos materiais no hospital tem por objetivo

assegurar a presença, no momento e local adequado, dos suprimentos, componentes e equipamentos necessários para o eficiente funcionamento da entidade. Os materiais representam um recurso fundamental no hospital moderno, do qual constituem infra-estrutura indispensável, desde medicamentos até roupas de cama, desde alimentos até peças de reposição".

"O material de consumo representa, aproximadamente, 50% do orçamento de uma instituição hospitalar. Este percentual sugere a relevância que deve ser dada ao assunto e a importância da existência de controle deste material"... (Horr et al, 1989:24)

Segundo Martins citado por Horr et al (1989:24), "a evasão do material e equipamentos disponível no hospital vem assumindo proporções de alta incidência, o que determina uma perda de recursos e aumento do custo, além de interferir indiretamente na qualidade da assistência. Considerando a diversidade do material e equipamentos são recomendados controles periódicos que, de acordo com o tipo de material e equipamento, podem ser diários, semanais, mensais, trimestrais ou, até mesmo, anuais".

"A ausência do controle de material, além de favorecer o acúmulo exagerado nos vários setores da instituição, possibilita a perda de material por deteriorização, obsolescência, violação de sua integridade por estocagem inadequada ou em demasia, consumo inadequado ou em demasia, bem como o seu

desaparecimento". (Horr et al, 1989:25).

"Convém lembrar que a requisição deve ser feita com bastante cuidado, pois o material permanente e equipamentos são ativos fixos (duração superior a dois anos e inconsumíveis pelo próprio uso) e estão sujeitos à depreciação, obsolescimento e redução dos preços".

Concluindo o pedido de material de consumo é, para complementar o estoque e não acumulativo, pois com este método estaríamos contribuindo para a economia do hospital e ao mesmo tempo oferecendo ao almoxarifado, uma visão real do material que realmente está sendo consumido.

IV - MARCO REFERENCIAL

Por base, iniciamos o projeto, pensando usar a Teoria de Wanda de Aguiar Horta como suporte teórico para nossa atuação.

A teoria de enfermagem de Horta foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas.

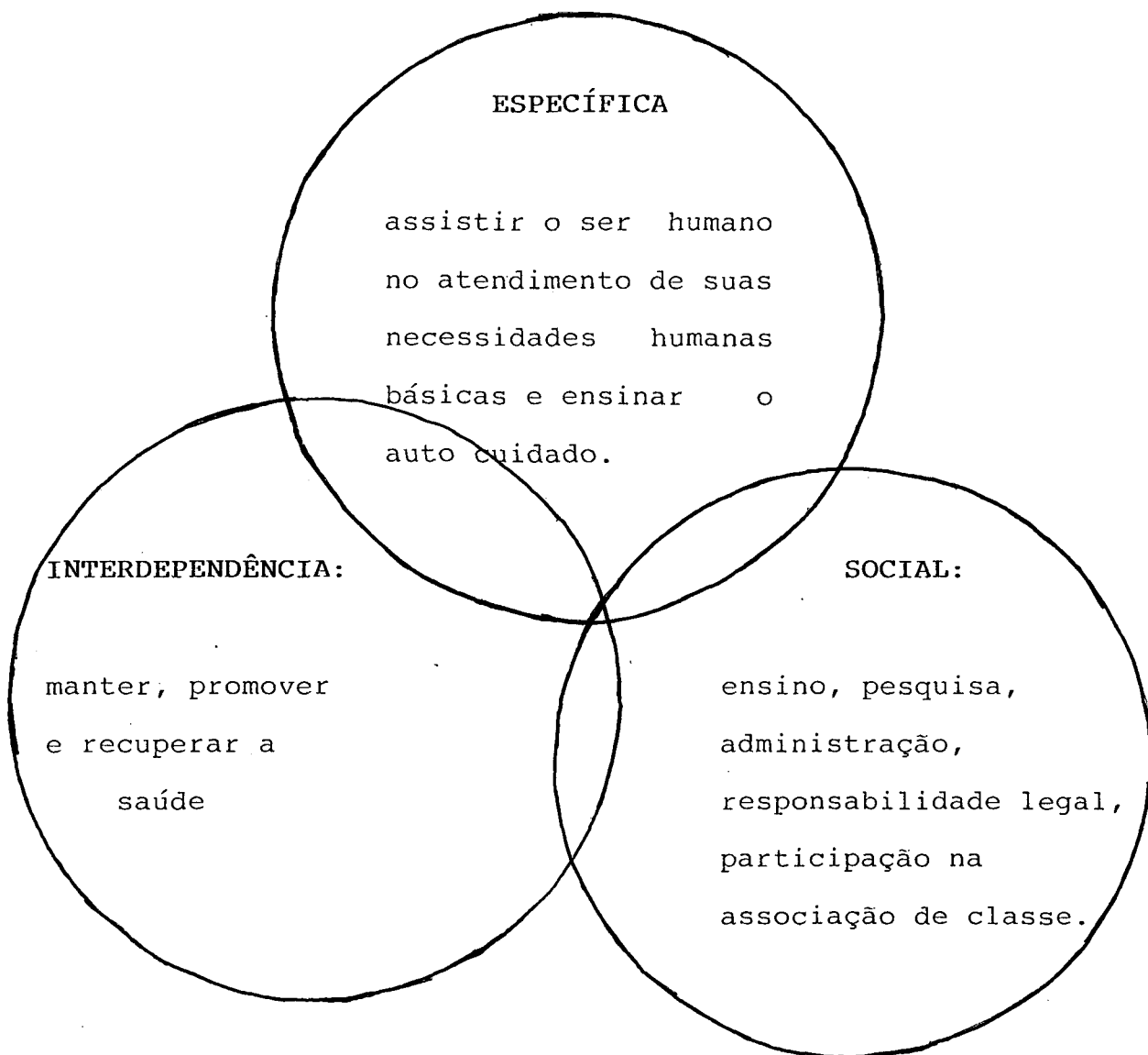
O ser humano é parte integrante do universo, e como tal possui necessidades básicas que precisam estar em equilíbrio para que haja harmonia. A enfermagem age como mantenedora deste equilíbrio prevenindo desequilíbrios que possam ocorrer, pois o conhecimento do ser humano é limitado, necessitando assim, de auxílio profissional ..(Horta, 1979:28)

Para Horta (1979:29) enfermagem "é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando

possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais".

"Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais".
(Horta, 1979:30)

A partir destes conceitos a autora, determinou as funções do enfermeiro em três áreas de ação:



Para Horta, "na ciência da enfermagem considera-se ente concreto - as Necessidades Humanas Básicas (N.H.B.) - que faz parte de um ser: o ser humano". (1979 - pg. 39).

"Necessidades Humanas Básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais". (1979)

Correlacionamos nossos desejos, de utilizar a teoria de Horta, muito próximo da prática e das aulas que nos foram

ministradas durante todo o curso, em que trabalhávamos única e exclusivamente as N.H.B. de Horta. Dentro desta visão acadêmica de querer aplicar a Teoria, não nos despertamos que, na verdade o que sempre utilizamos foram algumas etapas do "processo de enfermagem" de Horta, sem que refletíssemos sobre os conceitos próprios da mesma. Onde trabalhávamos somente o paciente e família, esquecendo-se de toda a equipe que nos cerca.

No decorrer do estágio, em discussão com o grupo, sempre nos questionávamos a respeito da nossa prática e do instrumento que utilizaríamos para aplicar a metodologia. Percebemos que, dentro desta unidade de Oncologia e propondo uma assistência humanizada mais abrangente, seria muito difícil aplicar por si só o instrumento proposto por Horta, centrado somente nas N.H.B.. Pois, acima de tudo, no humanizar temos que "ser" antes de "fazer". E, hoje já vem sendo muito discutido que, além do profissionalismo/tecnicismo, existe a necessidade da humanização na assistência.

LERCH coloca: "Sentimo-nos questionados no mais íntimo de nosso ser, e a pergunta que nos vem é: Porque humanizar? Qual é a razão desta insistência e valorização de uma humanização? É o eco do grito angustiado da sociedade do nosso tempo que suplica algo de melhor, de mais plenificante e realizador? É que nós vivemos num contexto social em que os verdadeiros valores da vida foram negados em favor do ter e em prejuízo do ser, gerando cada vez mais uma sensação de inquietação e insatisfação e em última

instância de infelicidade, porque o ter não realiza ninguém nem deixa ninguém feliz. Importante se faz que redescubramos os verdadeiros valores da vida. E aqui se encontra justificada a tendência para acelerar o processo de humanização".

Refletindo sobre humanização, sentimos a necessidade de reavaliarmos nossos valores em relação a enfermagem/vida/morte/enfermidade/ doença/saúde/ser humano/assisir/ e o humanizar (o que é humanizar?), estabelecendo então, um marco referencial próprio, adaptando-o às N.H.B, para que trabalhássemos com todos que, direta ou indiretamente contribuíram nesta assistência.

Após definição individual de cada termo, em discussão com a supervisora Inês e a Enfermeira Eloíta e das reflexões com o grupo, chegamos aos seguintes conceitos:

- Saúde: É o processo de estar bem, em harmonia com Deus, com o outro, com a natureza e consigo mesma.
- Doença: É quando desencadeia um estado patológico, consciente ou inconsciente no indivíduo.
- Enfermidade: É um estado de desarmonia interior. É o não sentir-se bem.

- Ser humano: É um ser vivo, social criado por Deus, dotado de um potencial infinito, em constante troca de energia.
- Vida: É um processo de crescimento e/ou amadurecimento humano.
- Morte: É um estágio da vida, é continuidade, é passagem da matéria para o espírito.
- Ambiente: É o meio em que vivemos onde concretizamos etapas da vida.
- Enfermagem: É o cuidar, é o toque, é o convívio, é o preservar a vida, é o auxiliar no desequilíbrio.
- Assistir/cuidar: É atender as necessidades, é o estar junto. É respeitar/ reforçar o ser do indivíduo.
- Humanizar: É entender, respeitar, amar o homem. É sorrir, chorar..., é tocar. É ser gente com gente.

V - METODOLOGIA

1 - Local de Estágio:

O Estágio foi realizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado em Florianópolis-SC.

Esta instituição conta hoje com capacidade de 218 leitos, com unidades de clínica - médica, cirúrgica, terapia intensiva, isolamento e emergência. Permite a internação para diagnóstico e tratamento de crianças na faixa etária de zero à 15 anos de idade.

Especificamente, realizamos o estágio na Unidade Hemato - Oncológica, que possui capacidade para 15 leitos, sendo que atualmente há 07 leitos ativados. Possui quatro (04) quartos, com banheiro privativo, com dois (02) leitos para cada quarto e dois (02) individuais para isolamento. Consta ainda de sala de curativos, preparação de medicações, preparação de

quimioterápicos, reuniões, lanches, para os funcionários com banheiro, posto de enfermagem e expurgo.

Trabalham nesta unidade treze funcionários para o atendimento da demanda. Onde a equipe é composta por: um (1) enfermeiro, quatro (04) técnicos e/ ou auxiliar, sete (07) atendentes, uma (1) escriturária, sendo distribuídos por dois (02) turnos (Dia e Noite).

Também prestam serviço nesta unidade a equipe médica, composta pelo médico responsável e pelos residentes; estando o médico responsável disponível no período diurno e os residentes nos períodos diurnos e noturnos. Há duas (02) psicólogas, sendo uma funcionária da instituição e a outra voluntária. A psicóloga voluntária comparece todos os dias na unidade, não tendo horário fixo, apenas pré-programado. Há, também, uma nutricionista que presta serviço junto a unidade, a qual sempre que solicitada se dispõe a interagir com a equipe e com as crianças. A Assistente Social pouco se deslocava até a unidade, mas mantínhamos contatos telefônicos frequentes sobre encaminhamentos feitos aos pais, que necessitavam alguma ajuda. Existe no H.I.J.G., o serviço de recreação, coordenado por duas (duas) funcionárias, as quais vinham diariamente à unidade distribuindo revistas, brinquedos, lendo histórias, montando objetos sempre com o intuito de proporcionar divertimentos às crianças.

O hospital, ainda possui, um grupo de voluntárias que atuam basicamente em atividades recreativas junto a criança e apoio aos pais. As mesmas, além dessas atividades, arrecadam donativos para as crianças e acompanhantes.

2 - População Alvo:

O foco de nossa assistência foram as crianças internadas na unidade hemato-oncológica, no período de 28/11/91 à 20/12/91 e de 03/02/92 à 13/03/92, na faixa etária de zero à 14 anos, bem como as seus pais e/ou acompanhantes, e a toda equipe multiprofissional, sendo eles médicos, enfermeiros, funcionários da unidade, psicóloga, nutricionista.

3 - Estratégias

No início do projeto tínhamos como objetivo geral "administrar a assistência de enfermagem na Unidade de Hemato-Oncologia Pediátrica do Hospital Infantil, Joana de Gusmão, utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (N.H.B.) de Wanda de Aguiar Horta (W.A.H.)". Afirmávamos que, com o administrar poderíamos também assistir, onde viamos que administrar em enfermagem é amplo, envolvendo o coordenar, o prestar, o promover, o qual direcionaria a prática de nossa assistência. Mas, no campo de trabalho, percebíamos que estas

atividades relacionadas com o administrar, nos subsidiavam para o assistir.

Analisando o conceito administrar e relacionando-o com o que de mais verdadeiro queríamos - o humanizar - percebemos a importância da modificação do nosso objetivo geral, onde o administrar não "traduziria" em palavras o que desejávamos realizar na prática. Após reflexões e discussões modificamos para:

- 1 - "Prestar assistência humanizada de enfermagem à criança, família e funcionários da Unidade de Internação Hemato-oncológica do H.I.J.G. baseado em referencial próprio e na teoria das N.H.B. de W.A.H.
- 2 - Coordenar o quanti-qualitativo dos recursos humanos e materiais da Unidade.

Estratégias do Objetivo nº 1

- . Apresentar os objetivos do trabalho aos funcionários da unidade.
- . Promover uma reunião inicial de interação com a psicóloga da Unidade.

- . Promover encontros semanais com a equipe de enfermagem e multiprofissional da unidade.
- . Participar e coordenar as reuniões de grupo das mães.
- . Revisar os conteúdos teóricos relacionados com:
 - Teoria das N.H.B.
 - Etapas do processo de enfermagem.
 - Assitência oncológica a criança e família.
 - Hospitalização da criança.
 - Terapias alternativas.
- . Receber e avaliar a passagem de plantão, passar o plantão para as colegas de estágio e para o responsável da unidade.
- . Selecionar as etapas do processo de W.A.H. a serem utilizadas.
- . Estabelecer padrões para operacionalização dos passos do processo.
- . Elaborar um roteiro de histórico baseando-se no preconizado por W.A.H. e referencial próprio.
- . Estabelecer o número de crianças/familiares para os quais serão utilizados os passos do processo.
- . Fazer visita diária às crianças e familiares.

- . Levantar problemas que afetam as N.H.B., das crianças e famílias, através do histórico..
- . Fazer prescrição de enfermagem com base nos problemas levantados.
- . Selecionar procedimentos de enfermagem a serem executados pelo grupo, de acordo com a necessidade de aprendizagem, e complexibilidade ou necessidade da criança.
- . Selecionar técnicas de terapias alternativas de acordo com a necessidade e aceitabilidade das crianças, família e funcionários.
- . Avaliar as respostas obtidas com a utilização das terapias alternativas, através de kirliangrafia.
- . Fazer evolução da assitência prestada.

Estratégias Implementadas para objetivo nº 1:

- . Buscar o envolvimento no relacionamento com pacientes, familiares e funcionários, e compartilhar de suas experiências.

- . Estimular a criança, seus familiares e funcionários a expressar seus sentimentos utilizando o brinquedo e perguntas direcionadas.

Estratégias do Objetivo nº 2:

- . Aprofundar os conteúdos teóricos da 7ª Unidade Curricular.
- . Levantar e analisar os recursos humanos e materiais da unidade comparando-os com a bibliografia disponível e avaliando de acordo com a demanda, se são suficientes em qualidade e quantidade.
- . Analisar a escala de serviço e de distribuição diária de tarefas.
- . Fazer a escala mensal de serviço da unidade nos meses de fevereiro e março.
- . Elaborar a escala de distribuição diária de tarefas.
- . Supervisionar as atividades da unidade e do cuidado junto à criança.
- . Levantar o material existente na unidade.

- . Compará-lo com o preconizado na bibliografia.
- . Analisar se o quanti-qualitativo está de acordo com as necessidades da unidade.
- . Executar e supervisionar o controle do material de consumo e permanente da unidade.
- . Solicitar material de consumo e permanente, quando necessário.
- . Solicitar conserto de material.

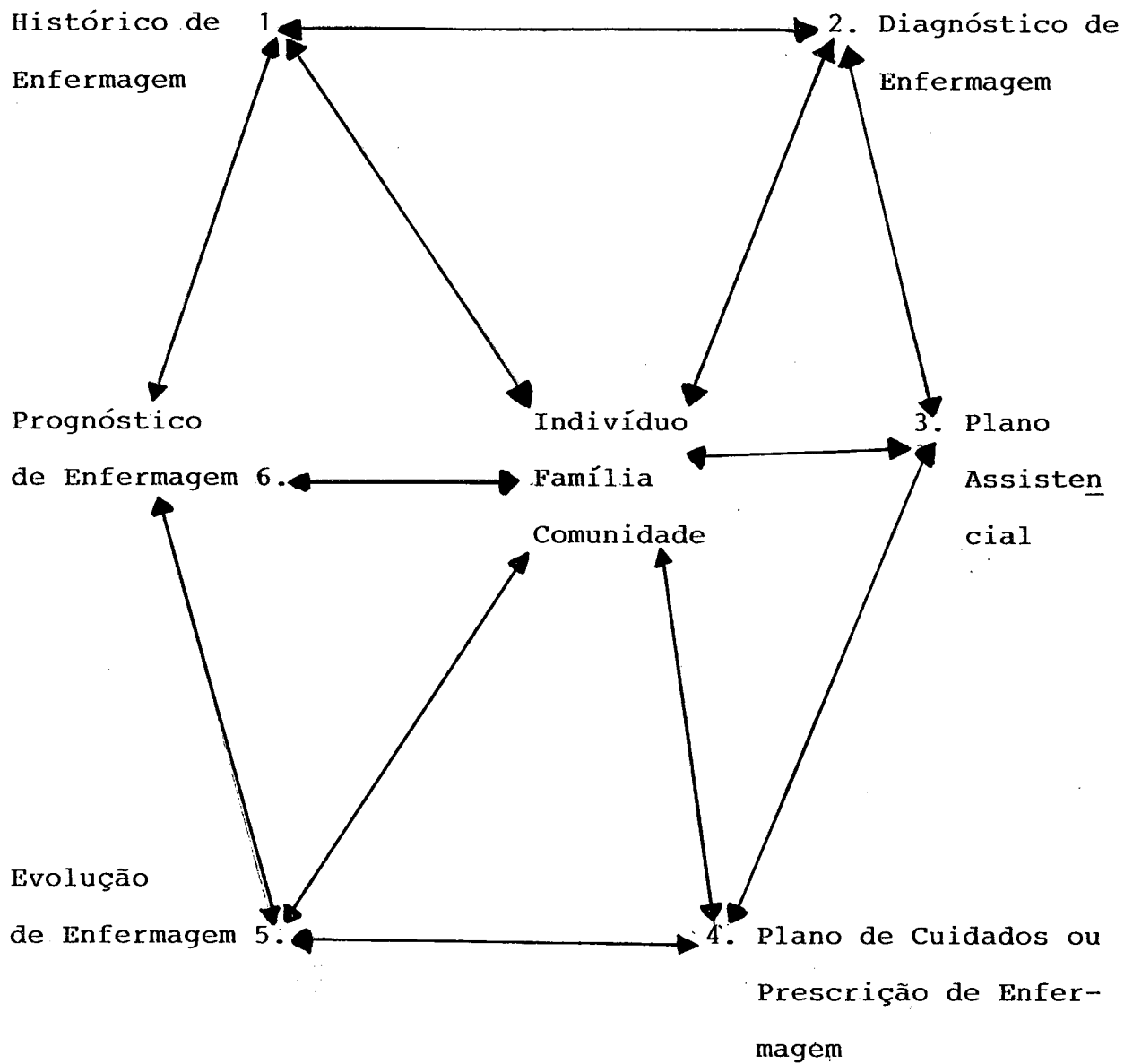
Cronograma:

Elaboramos o cronograma das atividades desde o início do projeto até a apresentação do relatório (ANEXO 2).

Para operacionalizar nossos passos na prática, formulamos o cronograma operacional (ANEXO 1).

4 - Processo de Enfermagem:

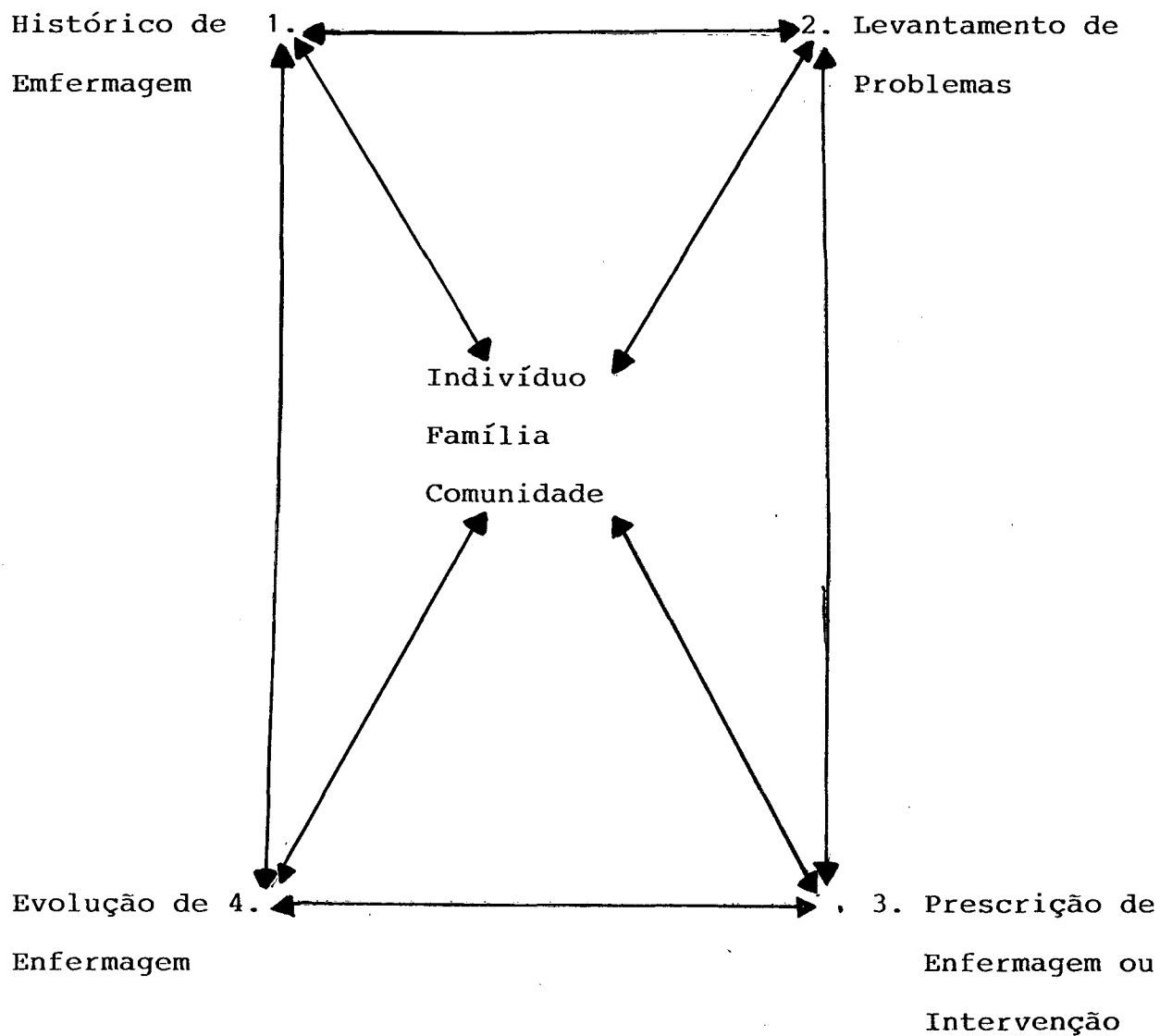
Horta define o processo de enfermagem como "a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano". (1979:35). Apresenta o processo em



seis (06) fases ou passos, que estão interrelacionados entre si: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico.

Para nossa prática na assistência às crianças oncológicas, utilizamos quatro (04) passos do processo de enfermagem proposto por Horta: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico (que caracterizamos como Levantamento de Problemas), Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Para melhor compreensão, seguem os diagramas que representam graficamente os dois processos:



Histórico de Enfermagem para Horta "é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do indivíduo que possibilitam a identificação de seus problemas". (1979:35). O nosso histórico consta dos itens: identificação, percepção(es) e/ou expectativa(s) e problemas relacionados às N.H.B. (bio-psico-sócio-espirituais). De acordo com o que propomos, em assitir

o paciente oncológico humanamente, sentimos a necessidade de explorar mais as questões emocionais/espirituais que envolvem sua situação. Portanto, inserimos, no item percepção (es) e/ou expectativa(s), algumas perguntas que nos direcionassem mais nesta abordagem, tendo como base o marco referencial próprio. (ANEXO 3)

• "Diagnóstico de Enfermagem é a identificação das necessidades do indivíduo que necessita de atendimento e a determinação pela enfermagem do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão". (Horta, 1979). Dentro de nossa visão o diagnóstico corresponde ao levantamento de problemas.

Concordamos com Horta quando diz que:

Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do indivíduo. (Horta, 1979:36)

Evolução de Enfermagem é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem com o indivíduo, enquanto estiver sob assistência profissional. (Horta, 1979:36)

Para assistir as crianças e familiares/acompanhantes utilizamos o instrumento por nós elaborado a fim de nos direcionar. Enquanto que, para trabalhar a equipe multidisciplinar e funcionários da unidade, nos baseamos no marco referencial próprio. Pois na humanização percebemos que não existem "fórmulas prontas"; o que importa é compreender, é ouvir, é compartilhar.

O método de trabalho que utilizamos com a criança/acompanhantes/familiares e equipe assistencial foi o envolvimento no relacionamento, procurando sempre ser honesto, desenvolver empatia, ou seja, ver o mundo da maneira como a outra pessoa vê. Compreendermos e juntos buscar soluções para os problemas. Também de acordo com as necessidades foram utilizados métodos alternativos na assistência, como o toque terapêutico.

Para execução deste método é necessário a realização dos seguintes passos:

1. Preparação mental: respire fundo, erga os olhos, mantenha o ar preso por alguns instantes. A seguir baixe lentamente a cabeça, exalando o ar lentamente. Enquanto o ar sai de seus pulmões, imagine sair de você toda desarmonia e todas as preocupações ou tensões. Repetir esse exercício até três vezes, se sentir necessidade.

2. Preparação Física: antes da aplicação de qualquer imposição das mãos, convém friccionar bem as mãos, uma contra a outra, até aquecê-las. Esse exercício favorece o equilíbrio do Campo Enérgico, facilitando a irradiação da bionergia. Esse exercício é suficiente para preparar a imposição das mãos.
3. Olhos: durante a imposição das mãos; tanto o Emissor, quanto o Receptor devem ficar, de preferência, de olhos fechados. Essa atitude, a concentração e a atividade mental é como diz Frei Hugolino "os olhos são como faróis de um carro. Se abertos (ligados) consomem muita energia".
4. Outras Contribuições: poderão constar, segundo o ambiente, a ocasião e o tipo de pessoa que aplica e recebe a Imposição das Mãos, como: fazer uma prece de conteúdo mental positivo; deixar o ambiente suavemente iluminado, semi-penumbra; manter um suave fundo musical; fazer breve meditação ou concentração mental. Tudo, enfim, que favoreça a harmonia e o equilíbrio interior, pode contribuir para o maior sucesso da técnica.
5. Após a aplicação de qualquer técnica, o emissor de bionergia, a pessoa que faz a Imposição das Mãos, deve sacudir as mãos, como se estivessem molhadas e quisesse secá-las, a fim de eliminar possível energia negativa ou nociva que tivesse aderido a sua aura, melhor ainda, é lavar as mãos em água corrente, em particular depois de fazer a Imposição de Mãos em

peçoas gravemente doentes, ou após impor as mãos a diversas pessoas. Sabemos que a melhor forma de afastar qualquer energia ou influência negativa é a Atitude Mental Positiva - a pessoa de mente equilibrada jamais será afetada por essas energias exteriores ou cargas negativas, por mais fortes que sejam - mas sempre convém tomarmos esses cuidados simples e naturais.

VI - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste ítem constará a caracterização dos clientes: crianças, pais e/ou acompanhantes equipe multiprofissional.

Após, relataremos oito(08) processos de enfermagem aplicados com as crianças, bem como os levantamentos de problemas identificados nos pais e/ou acompanhantes e da equipe multiprofissional, e nossa intervenção e avaliação.

Constará também a avaliação dos objetivos propostos.

1 - Caracterização dos Clientes:

1.1 - Das crianças:

Durante o desenvolvimento do estágio atendemos 29 crianças, todas internas da unidade Hemato-oncológica, sendo que a maioria encontravam-se na faixa etária de 0 a 04 anos, vindos do interior do Estado, o que dificultava a visita dos familiares e o retorno ambulatorial, pois há também a carência de recursos financeiros.

Durante o estágio ocorreram seis (06) óbitos, de pacientes com câncer em estágio avançado, dos quais acompanhamos a morte de três (03) crianças.

As crianças apresentavam o seguinte diagnóstico:

Leucemia Linfocítica Aguda	- 07
Tumor de Wilms	- 05
Neuroblastoma	- 04
Anemia Hemolítica	- 03
Leucemia Mielóide Aguda	- 02
Aplasia de Medula	- 02
Rabddomiossarcoma	- 02
Tumor de Mediastino	- 02
Tumoração para vertebral	- 01
Retinoblastoma	- 01

As crianças eram procedentes de:

- Araranguá
- Campos Novos
- Florianópolis
- Alfredo Wagner
- Corupá
- Presidente Getúlio
- Videira
- Santa Cecília
- Angelina
- Navegantes
- Tubarão
- São José do Cedro
- Balneário Camboriú
- Pedras Grandes
- Chapecó
- Palhoça
- Descanso
- Siderópolis
- Ituporanga
- Piratuba
- Itajaí
- Jaguaruna
- Lages

A maioria das crianças vinham acompanhadas por um membro da família, geralmente a mãe.

Algumas crianças internaram para tratamento e recuperação de sua enfermidade e outras para elucidação do diagnóstico.

1.2 - Pais e/ou Acompanhantes:

Quanto aos pais e/ou acompanhantes, estes em sua maioria, procedentes do interior do Estado, sendo em grande número lavradores, com nível sócio-econômico baixo, com pouco conhecimento dos termos utilizados pela equipe multiprofissional.

Muitos acompanhantes deixavam seus filhos, marido/esposa, casa, serviço, deveres sociais para permanecerem junto a criança durante a internação.

Através das conversas com os acompanhantes constatamos a preocupação, angústia, ansiedade, não só com a situação atual da criança, mas também com os compromissos adiados ou deixados sob responsabilidade de terceiros, sendo que o fator agravante era a de não ter nenhuma estimativa de alta da criança. Citaremos alguns relatos dos pais/acompanhantes:

..."Não vejo meu piá há 2 meses".

..."Agora é época de colheita e não posso ajudar meu marido, porque estou aqui".

..."Tô com saudade do meu filho..."

..."Nunca mais falei com o meu marido".

..."Estou aqui há 56 dias e não resolveram nada e não sei quando vou embora". (I.T.A., 28 anos)

1.3 - Equipe Multiprofissional:

Quanto a equipe multiprofissional observamos que a sua grande maioria tinha conflitos emocionais, omissão, impotência diante de certas situações, como da morte, do prognóstico, das perguntas dos pais em relação ao tempo de vida. Em contra-partida identificamos também pessoas acessíveis, que gostam das crianças, interessados, compreensivas, sensíveis, sociáveis e acima de tudo com grande potencial de mudança, desde que devidamente estimuladas.

2 - Processo de Enfermagem

Dentro do aprazamento, aplicamos o processo de enfermagem com quatorze (14) crianças. Passaremos a seguir a relatar 8 (oito) situações, bem como o levantamento de problemas identificados nos pais e/ou acompanhantes e da equipe

multiprofissional, nossa intervenção e avaliação.

Relato nº 01

A.A, cinco (5) anos, fem., branca, católica, natural e procedente de Alfredo Wagner - SC. Filha primogênita do casal V.A., lavrador, 30 anos e de Z.S., 27 anos, do lar. Diagnóstico à esclarecer.

Internou no H.I.J.G. às 23:40hs do dia 23/11/91 pela emergência. Foi encaminhada a esta unidade oncológica a fim de esclarecer uma suspeita de Leucose.

Mãe relata que há um mês, criança iniciou com perda do apetite, emagrecimento importante e com sangramento gengival esporádico, em pequena quantidade. Há três (3) dias reclamou de fraqueza intensa e desde ontem com febre de 38,5°C. Foi ao médico e este encaminhou-a a esta instituição.

Quando passamos a visita na unidade, no 1º dia de sua internação A.A. estava no leito, gemente, reclamando de dor abdominal forte, cansaço nos membros inferiores. Apresentava icterícia e melena e dizia: "Quero ir pra minha casa, minha cama é mais macia".

Nos apresentamos à mãe da criança, explicando nosso estágio, a enfermeira orientou-a quanto a hospitalização. A mãe encontrava-se muito nervosa com a internação da filha. E repetia frequentemente "eu não gosto deste hospital, todos que vem para cá morrem" afirmava também "eu não quero que façam aquele exame que espetam o peito da criança".

A psicóloga nos informou, que a ansiedade da mãe estava amplificada, pela experiência de uma sobrinha de 7 anos que esteve internada na Unidade durante dois (02) meses, concidentemente no mesmo leito que A.A. e que faleceu com o diagnóstico de leucemia.

Neste momento era muito importante preparar a mãe, para aceitação do procedimento diagnóstico (mielograma). A psicóloga responsabilizou-se de fazê-lo, já que conhecia bem a mãe de A.A., que vinha frequentemente ao hospital visitar a sobrinha.

Nos reunimos com a supervisora para discussão do projeto, quando fomos chamadas a comparecer no quarto de A., pois a mesma estava em parada cardíaco-respiratória e logo veio a falecer (10:30hs). A revolta dos pais era indescritível.

Nos deparamos com o choque do pai que dizia: - "Deixem minha filha, não toquem mais nela, eu vou levar ela de volta assim como ela tá". Enquanto a mãe desesperada gritava no corredor: - "Isso aqui é um nojo! este hospital não presta; só se

entra aqui para morrer! Antes não tinha ninguém para cuidar dela, agora, tão tudo aqui. Vocês não são de nada. Agora não adianta mais".

Diante desta situação e no começo do estágio, nos sentimos muito impotentes, assustadas, pois o que fazer nesta hora? A vida que tanto tentamos "recuperar", já não mais existia. O que estava diante de nós, era "puramente a morte" - e o que é a morte? Isto nos deixou atônitos, impotentes em relação aos pais - o que dizer? Fazer? Chorarmos juntos? Sim, foi o que fizemos, confortando-os com abraços e lágrimas, rezamos por eles e pela pequena criança, que neste mundo já não mais existia, que, com toda certeza está em outro mundo/lugar. Mas, tão próximo de nós.

Nos deparamos com todo o desespero da profissional, que em sua fraqueza humana, chorava e comentava: - "O que estou fazendo aqui, tanto que a gente faz..." Vimos o choro das mães, uma delas a professora, que, também com sua fraqueza de mãe - humana não resiste ao choque da morte/vida.

Percebemos também a tristeza da psicóloga e das crianças, que sobretudo vivenciam em primeira pessoa toda esta situação. Em que pensam: - "eu posso ser a próxima".... Também o choro interior de nosso ser, em que além de futuros profissionais somos humanos e limitados. Vimos a frieza dos médicos, a fuga destes, provavelmente relacionado com a "capa de proteção" que usam diante destas situações.

Após este episódio, os membros da equipe assistencial, sentiam-se chocados e desanimados. Devido a este fato, realizamos alguns dias após, uma reunião com toda a equipe e convidamos a professora Vera Radünz, onde discutimos a questão morte/vida, ser humano - impotência, como trabalhar essas questões "dentro" de nós. Concluímos que em certas situações, já não cabe mais a nós "homens" fazermos "alguma coisa", a não ser estarmos juntos sempre...

Relato nº 02

A.R.G., 9 anos, masculino, brasileiro, católico, natural e procedente de Jaguaruna, filho mais novo de H.R.G., 40 anos, autônomo. Criança portadora de Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) há 2 anos. Internou na unidade em 04/02/92 a 08/02/92 para dar continuidade ao tratamento - quimioterapia, por reincidiva da doença.

Apresentando-se no primeiro dia de internação em bom estado geral, hidratado, corado, eupnéico, afebril, deambulante e sem queixas. Em fluidoterapia.

Criança sem acompanhante, choroso e referindo tristeza por estar sozinho, com saudades do pai.

**Problemas Relacionados as Necessidades Humanas Básicas:
Necessidades Bio-Psico-Sócio-Espirituais**

- 01 - Terapêutica - fazendo uso de quimioterápicos e em fluidoterapia.
- 02 - Amor/afeto - saudades do pai.
- 03 - Segurança Emocional - criança chorosa - triste por estar sozinho.

Intervenções de Enfermagem:

- 01 - Explicar a criança sobre os efeitos colaterais dos quimioterápicos.
- 02 - Manter cuidados com o preparo e administração de quimioterapia.
- 03 - Controlar rigorosamente diurese.
- 04 - Manter cuidados com fluidoterapia (gotejamento/ horário/ soroma/ observar sinais de flebite).
- 05 - Orientar a criança quanto a hospitalização.

- 06 - Conversar com a criança sobre a situação do pai, tentando mostrar-lhe o porquê do mesmo não permanecer com ele.
- 07 - Promover recreação para criança, incentivá-lo a brincadeiras (desenho, montagem).
- 08 - Oferecer atenção aos problemas da criança.

Evolução e Avaliação:

Criança permanecendo apática, chorosa e referindo sempre saudades do pai. Após 2º dia de quimioterapia evoluiu com vômitos, descorado, hidratado, eupneico, com boa perfusão periférica e febril. Conversamos com A., explicando sua situação. O mesmo desenhou sua casa, quintal e bichinhos - referindo saudades de tudo - disse que sentia-se menos triste com a nossa presença.

No 3º dia de internação mostrava-se muito abatido física e psiquicamente, solicitando a presença do pai. Auxiliamos em seus cuidados, contamos historinhas, incentivamos o pensamento positivo, demonstramos que estávamos junto dele. No final do período o pai apareceu e A. teve uma boa melhora do quadro. Recebeu alta hospitalar no outro dia, com orientação para retorno em sete (07) dias.

A reinternar em 11/02/92, em companhia do pai - três (03) dias após a alta anterior, com vômitos, febre, diarreia mucosanguinolenta. Referindo perda do apetite e "sangue na urina". Apresentando-se hipocorado, anictérico, com petéquias mais equimoses pela face e membros superiores. Com hiperemia generalizada de mucosa oral, mais adenomegalia sub-mandibular com o diagnóstico de Leucemia Linfócita Aguda (LLA) recidivada e síndrome diarreica.

No decorrer dos dias, criança referia "agonia", estando sempre chorosa. Evoluindo com piora dos sinais de sangramentos - hematúria e melena. Referindo dor na garganta e ouvido.

No 2º dia de reinternação, no início da manhã o pai da criança nos questionou sobre a possibilidade de transferir a criança para o hospital de Jaguaruna. O pai dizia: "Quero ir para perto de casa. Acho que ele tá no fim, prefiro ir embora para perto da família". Neste momento seus olhos encheram-se de lágrimas e referia que - "A. sempre foi tão bonzinho, mas, agora sei que tá no fim - só quem é pai é que vê". Conversamos com o pai, junto com a enfermeira, onde esclarecemos a situação da criança e refletimos sobre os grandes mistérios da vida e sobre a força de Deus. O Sr. H., o pai, disse que acredita muito em Deus e que ia levar a criança para fazer a cirurgia espiritual, mas, não conseguiu marcar até hoje. Falamos do Frei Hugolino, o mesmo solicitou que deixássemos o nome do A. para ele benzer à distância.

Neste dia A., apesar do quadro clínico, disse estar bem. Não querendo falar, referindo: "dói a garganta tia, quando falo", seus olhos lacrimejaram e referia também dor no ouvido. Então peguei em suas mãos e disse-lhe que estava ao seu lado e era sua amiga. A. disse que eu poderia ficar ali com ele. Perguntei-lhe se poderia fazer imposição de mãos, o mesmo aceitou. Fiz no ouvido para alívio da dor, então A. pediu-me para fazer na garganta também, referia que "tudo fica quente quando a tia desce com a mão no rosto".

No outro dia, A. teve alta hospitalar após discussão clínica, com prognóstico ruim e obscuro. Encaminhado ao hospital de Jaguaruna. Referia "agonia" e queria ver os irmãos, pediu que fizéssemos imposição de mãos mais uma vez. O pai bastante triste e desesperado - "meu filho está morrendo - eu sei". Antes de sair reforçou o pedido de contactarmos com o frei Hugolino. Acompanhei-os até a ambulância.

Foi uma experiência muito significativa e difícil para nós, onde nos deparamos com nossas perdas, nossa própria morte. Ficando sempre a pergunta em nossas idéias - O que fazer? O que dizer? Vimos que não há muito o que falar - basta estar junto, segurar em suas mãos. Pois como cita De Biase: "O importante é estarmos em comunhão com o próximo - nada de palavras".

Uma semana depois recebemos a notícia que a criança estava se recuperando e com provável alta hospitalar de Jaguaruna.

Relato nº 03

T.M.M., quatro (4) anos, masculino, brasileiro, católico, natural e procedente de Florianópolis, filho de J.I.M., 35 anos, funcionário público e de T.M.M., 34 anos, do lar. Chegou na unidade em 15/12/92 para recuperar-se de uma cirurgia ortopédica.

Mãe relata que criança tem leucemia há dois (2) anos, do tipo LLA, faz tratamento toda semana - quimioterapia, disse que esta "é uma medicação forte para combater a doença". Começou com três (03) anos de idade e que no início os médicos diziam que era anemia, mas, "sempre estava fraquinho, sem fome e muito magro - não melhorava". Até que um dia caiu e "sangrou a boca durante uma noite", amanhecendo com "manchas roxas pelo corpo". Levou-o ao médico e lhe falaram que precisava interná-lo, e, "até hoje o menino faz tratamento".

Agora "ele tá bonzinho, a doença parou, mas, no começo ficou muito magro, caiu todo o cabelo com o tratamento. Mãe refere que Leucemia "é doença grave, é aquela que pode acontecer alguma coisa derrepente - como a criança pode vir a

falecer logo". Mas, tem muita fé no tratamento, "tudo vai melhorar". Acha que pode ter aparecido a doença "por causa de mal olhado", pois tem vizinhos que fizeram trabalho para ela e que pegou no filho. "Agora não tem mais solução, tem que ter fé em Deus e pensar que não vai acontecer nada de ruim".

Esta é a quarta internação da criança neste hospital, as outras três foram para fazer tratamento da doença. Agora veio para se recuperar do acidente, onde quebrou a perna. "Fez cirurgia ontem, não dormiu durante a noite, devido a dor". Mãe tem medo que criança não fique boa" pois da outra vez "engessaram errado" e por isto está de volta ao hospital. Criança refere que veio desta vez "para arrumar a perna".

Problemas Relacionados as Necessidades Humanas Básicas:
Necessidades Bio-Psico-Sócio e Espirituais

- 01 - Atividades físicas: criança acamada, devido imobilização de membro inferior esquerdo.
- 02 - Integridade física: apresenta tala gessada em MIE e região abdominal inferior.
- 03 - Cuidado corporal: criança necessita de banho no leito.

- 04 - Integridade cutâneo - mucosa: apresenta unhas das mãos grandes e sujas.
- 05 - Percepção dos órgãos do sentido: dolorosa - refere dor em membro inferior esquerdo.
- 06 - Religiosa: mãe atribui a doença do filho a magia negra, "mal olhado dos vizinhos".
- 07 - Segurança: mãe tem medo que a criança não fique boa.

Intervenções de Enfermagem

- 01 - Explicar a mãe e criança quanto a hospitalização e sobre a importância da criança permanecer no leito.
- 02 - Orientar a mãe quanto a doença da criança de acordo com sua necessidade.
- 03 - Auxiliar no banho de leito.
- 04 - Fazer massagens de conforto , o que também garante a troca de energia através do toque.
- 05 - Manter membro inferior elevado.

- 06 - Avaliar e registrar características das extremidades do MIE.
- 07 - Observar presença e dor e medicar se necessário.
- 08 - Observar sinais de sangramentos.
- 09 - Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia.
- 10 - Orientar mãe sobre a importância de manter unhas sempre limpas e curtas.
- 11 - Fazer recreação com a criança, (montagens, desenhos, historinhas).
- 12 - Fazer imposição de mãos para dor, sempre que for permitido pela criança e acompanhante.
- 13 - Contactuar com a equipe médica para informar-se sobre as orientações passadas a mãe.
- 14 - Quanto a mãe: - Ouvir suas queixas.
- Reforçar seus pontos positivos -sua confiança em Deus.
- 15 - Fazer relaxamento e imposição de mãos sempre que necessário e garantir que "desmanchará" o feitiço.

16 - Estar disponível para ouvir seus desabafos.

17 - Orientar a mãe que faça exercícios de energização e de relaxamento.

18 - Reforçar a importância do pensamento positivo e das orações.

Evolução e Avaliação

No primeiro contato, criança estava em 1º dia de pós-operatório, acamado, com o MIE imobilizado, choroso, irritado referindo dor na perna esquerda, eupneico, hidratado, com palidez cutâneo - mucosa. Neste dia fizemos o histórico e percebemos confiança por parte da mãe e da criança em nosso trabalho. Foi feita imposição de mãos na criança e após a mesma referiu alívio da dor. Ficou mais calma, contactuante, comunicando-se um pouco mais.

Conversando com a mãe, esta desabafou sobre suas preocupações com a criança e o marido. Oferecemos nosso apoio, compreensão para seus problemas. Conduzimos a mesma à sala de lanche, fizemos relaxamento e imposição de mãos. No decorrer relatou-nos que tinha conflitos com o marido, onde este lhe culpa pela doença do filho. Reforçamos a importância do pensamento positivo, da confiança em Deus, das orações. Esta disse que sentia-se mais calma, referindo: - "parece que saiu um peso do

meu corpo". - "Tinha coisa feita né, eu senti quando saiu". Fotografamos antes e após a imposição de mãos. Entregamos a foto a mãe e com o resultado que não havia energia intruza, o que a deixou mais tranquila.

No decorrer da internação criança permanecendo em bom estado geral, referindo alívio da dor e consequentemente mais calma e tranqüila. Nestes dias entrevistamos junto a criança e a mãe, fazendo imposição de mãos sempre que necessário. Com a mãe reforçávamos orações, os pensamentos positivos, sua confiança em Deus. Esta referia que sentia-se bem, apresentando-se mais confiante em si, mais sorridente e comunicativa. Saía para passear com a criança e fazia os exercícios orientados.

Em 5º dia de internação criança referiu saudades de casa, de sua irmã e de seu cachorro. Disse que queria brincar com eles. Mãe também referiu desejo de ir embora. Dizia: - "Eu vou embora e Deus vai me ajudar a sair bem desta. E quando chegar em casa vai dar tudo certo, vou usar o pensamento positivo para passar o mal olhado". Pediu que explicássemos como rezar o rosário. Quer continuar a manter contato conosco após a alta. Neste dia após avaliação do ortopedista, T.M.M. teve alta hospitalar para posterior acompanhamento no ambulatório.

Quinze dias após alta hospitalar entrei em contato com a mãe, a mesma, veio até o hospital, então relatou-me que está muito contente, porque agora tem certeza que vai conseguir

vencer: - "alguma coisa dentro de mim me diz que eu vou conseguir vencer". Disse que está começando a observar mais a natureza, agradecendo a Deus pela vida. Faz suas orações, abençoa a criança e a casa. Falou que T. está ótimo, brincando e estudando em casa, embora, continue com a perna "engessada". Espera nossas visitas em sua casa e não quer perder o contato conosco.

Relato nº 04

M.J.J., 10 anos, fem., branca, crente, procedente de Descanso-SC, 3ª filha entre sete (07) irmãos, do casal J.J., 56 anos, lavrador e J.J., 40 anos, do lar. Internou na Unidade de Oncologia em 06/12/91, encaminhada da unidade A com diagnóstico de Tumor de Willms.

Criança refere que há um (1) mês iniciou com "dor nas costas, localizada no hipocôndrio direito. Mãe relata que a "criança emagreceu, não quer mais comer e sente fraqueza pelo corpo". Possui massa tumoral na região do hipocôndrio direito. É sua primeira internação.

M.J.J. no 1º contato, encontra-se no leito, chorosa, agressiva ao manuseio, pouco comunicativa, com desejo de ir embora.

**Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas:
Necessidades Bio-psico-socio-espirituais**

- Alimentação: "Criança não quer mais comer".
- Atividades físicas: - motilidade: - "fraqueza pelo corpo".
- Percepção dos órgãos dos sentidos: - dolorosa: refere "dor nas costas", localizada em hipocôndrio D, que se irradia para região lombar.
- Liberdade: desejo de ir embora.
- Educação para saúde: necessita de orientações das rotinas da unidade, devido ao fato de ser a 1ª internação.

Intervenções de Enfermagem

- 01 - Conversar com a criança sobre a hospitalização.
- 02 - Entrar em contato com psicóloga, recreacionista, nutricionista e médico responsável.
- 03 - Observar presença e características de dor e medicar conforme prescrição médica.

- 04 - Ensinar e realizar a técnica de imposição de mãos à criança e mãe sempre que necessário.
- 05 - Ficar junto à criança, encorajando-a nos momentos difíceis.
- 06 - Oferecer carinho, tocar na criança, afim de estabelecer o elo profissional - criança.

Evolução e Avaliação

Através dos contatos que mantive com a criança e família foi possível fazer uma interação maior com os mesmos. No decorrer da internação a criança pedia minha presença diante de certas situações, como: puncionar veia, imposição de mãos, brincadeiras e acompanhamento em exames.

Foi essa relação de amizade que proporcionou um clima de confiança, onde a mãe relatou que a criança começou a ter essa dor, depois de ter levado uma "surra" do pai, o qual deu-lhe uma "paulada com cabo de vassoura" no lado direito. Após essa informação comuniquei a equipe médica, que imediatamente mudou o diagnóstico para hematoma interno.

Devido a esta mudança de diagnóstico a criança foi submetida a cirurgia. Junto com a psicóloga, fizemos um trabalho com a criança e família, orientando-os quanto aos procedimentos

realizados no Centro Cirúrgico, sobre a cirurgia e como seria após a cirurgia.

Acompanhei a criança no dia da cirurgia até o Centro Cirúrgico, reforçando as orientações e apoiando a criança, já que a mesma pediu para não deixá-la sozinha naquele momento.

Após a cirurgia, visitei-a várias vezes, onde constatee uma melhora visível do quadro. Em que a criança demonstrava-se sorridente, comunicativa, receptiva. Referia muitas vezes, desejo de voltar à unidade oncológica e saudades das "tias". Disse sentir falta das brincadeiras que fazíamos e da comida da unidade.

Relatou-me no último dia em que a vi: - "sabe tia, como a tia disse, o hospital não é tão ruim".

Relato nº 05:

J.A., 4 meses, sexo feminino, cor branca, católica, procedente e natural de Piratuba. Filha de A.J.A., 39 anos, lavrador e de I.T.A., 28 anos, lavradora. Chegou nesta Unidade dia 24/02/92, transferida do isolamento, com diagnóstico à esclarecer.

I.T.A., estava chorando quando chegamos. Perguntamos porque chorava e respondeu-nos: - "Não consigo mais ver a minha filha assim, caída - largada".

Conversamos, onde contou que a criança com dois (02) meses apresentou palidez e após uma (01) semana percebeu que sua filha estava com febre alta. Iniciou então com "cansaço" na hora de sugar o peito - "ela pegava e largava o seio". Após apresentou fezes líquidas - "diarréia". Procurou o médico em Piratuba, onde ficou internada, por nove (09) dias com anemia profunda. Recebeu sangue, no hospital de Concórdia, onde no dia seguinte apresentou icterícia profunda, que persistiu por dois (02) ou três (03) dias.

Foi encaminhada à Joaçaba apresentando vômito, febre, icterícia e hiper extensão da cabeça. Tomou duas (02) transfusão de sangue e a icterícia piorou. Após mais dois dias fez nova transfusão sanguínea. Permaneceu internada por seis (06) dias, sendo transferida para este hospital com febre e vômitos. Ficou três (03) dias na U.T.I., porque estava toda "inchada", com "perigo de hora = morrer".

Mãe relata: "Estou no hospital há 56 dias e ninguém descobre o que a menina tem. Quero ir embora, ver meu piá, meu marido. Os médicos disseram que meu leite faz mal, mas não acredito. Espero saber o que a criança tem, rezo muito para que fique boa! Já fizeram tantos exames, mas nada muda, a criança fica cada vez pior. Acho que minha filha pegou hepatite do sangue que tomou".

Diz que "hepatite é uma doença que ataca o fígado, o baço, deixando a criança amarela, fraca".

Mãe estava angustiada de ver a filha assim, gostaria de saber o que a menina tem ao certo; pois só assim, irá embora. Se for uma doença sem cura pretende ir embora, mas se for tratável deseja ficar e saber, pois tenho direito sou mãe. É mesmo impossível não achar o que esta menina tem, penso até que é coisa feita. Me disseram que uma ex-namorada do meu marido fez macumba pra gente nunca ser feliz".

**Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas:
Necessidades bio-psico-sócio-espirituais:**

- 1 - Sono e Repouso: criança dorme pouco, fica agitada, gemente.
- 2 - Integridade Cutâneo Mucosa: criança descorada, ictérica.
- 3 - Regulação térmica: temperatura 38º C.
- 4 - Terapêutica: está com veia puncionada na região parietal esquerda.
- 5 - Educação para saúde: mãe necessita de esclarecimentos sobre a situação atual da criança.

- 6 - Gregária: mãe relata sentir saudades de casa, marido e filho.
- 7 - Religiosidade e valores: mãe atribui para a causa da doença da filha, a possibilidade de magia negra.

Intervenções de Enfermagem

- 01 - Ouvir e estimular a expressão de queixas, medos e preocupações da mãe.
- 02 - Entrar em contato com a equipe médica com o intuito de esclarecer a situação atual que se encontra a criança.
- 03 - Procurar sempre ser leal na relação.
- 04 - Investigar possível licença hospitalar ou alguma forma de comunicação com o esposo.
- 05 - Realizar e ensinar a técnica de imposição de mãos na criança, na mãe, conforme aceitabilidade.
- 06 - Contactuar com o Frei Hugolino para que faça energização à distância para libertação da possível magia negra.
- 07 - Proporcionar ambiente agradável, a fim de que a criança repouse.

- 08 - Dar apoio emocional a mãe e garantir que o Frei desmancha a "coisa feita".
- 09 - Observar evolução de icterícia.
- 10 - Manter cuidados com fluidoterapia.
- 11 - Manter cuidados com hipertermia.
- 12 - Dar carinho, pegar no colo.

Evolução e Avaliação:

Criança com (04) meses, contactuante, mucosas hipocoradas, palidez cutânea, hidratada, apresentando episódios de hipertermia. Apresentando lesões em mucosa oral. Mãe ansiosa em relação a situação da criança, solicitou alta. Percebemos a angústia da mãe ao tomar esta iniciativa, pois sentia medo que a criança não resistisse a viagem. Segurando, firme suas mãos, afirmamos que não era o momento de solicitar a alta, pedimos que confiasse em nós, que providenciariamos alguma forma de comunicação com seus esposo. Em seguida, mantivemos contato telefônico com o Frei Hugolino, o qual, garantiu a libertação da magia negra. A mãe parou de chorar e disse: "Foi Deus que mandou você aqui. Porque não conheci antes? Já há dois meses que estou

neste hospital".

Com a presença do marido, mãe permaneceu mais confiante - acreditando nas suas rezas, na imposição de mãos. Foi levada a criança até o Frei Hugolino, para que este fizesse imposição de mãos.

Pai da criança acreditava no poder de Deus e dos homens. Dizia - "aqui os médicos fazem tudo que podem para salvar a menina, e lá em cima Deus decidirá o seu destino; se for para ela morrer, que descanse, a coitadinha, mas caso contrário, será tratada".

No decorrer da internação o quadro da criança se agravava, os pais entregavam nas mãos de Deus o futuro da menina.

Reforçávamos suas crenças e valores, pois nada mais restava fazer. Mãe realizava imposição de mãos na criança diariamente.

Dia 12.03.92 criança foi a óbito. Encontramos I.T.A. no corredor, esta falou-nos:

"J. deixou nós, ela se foi".

Abracei-a, deixei-a chorar, ouvi suas angústias.

Relatou-nos:

- "J. estava perdendo muito sangue pela sonda do nariz, não conseguia comer mais nada, nem mamar".

- "Percebi que desta noite ela não passaria, chamei meu marido que tinha saído para fumar. Ele falou que a menina já esteve pior e depois se recuperou, mas eu não acreditei. Rezei pedindo à Deus que levasse a pobrezinha, pois estava sofrendo muito. Coloquei a minha mão em cima da barriga dela e se foi - morreu".

Houve muitos momentos de choro. Após, I.T.A. falou-nos que - "foi melhor assim, a coitadinha em vez de viver, cada vez mais estava sofrendo, mas a gente que é mãe, que tem amor desde que ela nasceu, sofre porque fica um vazio".

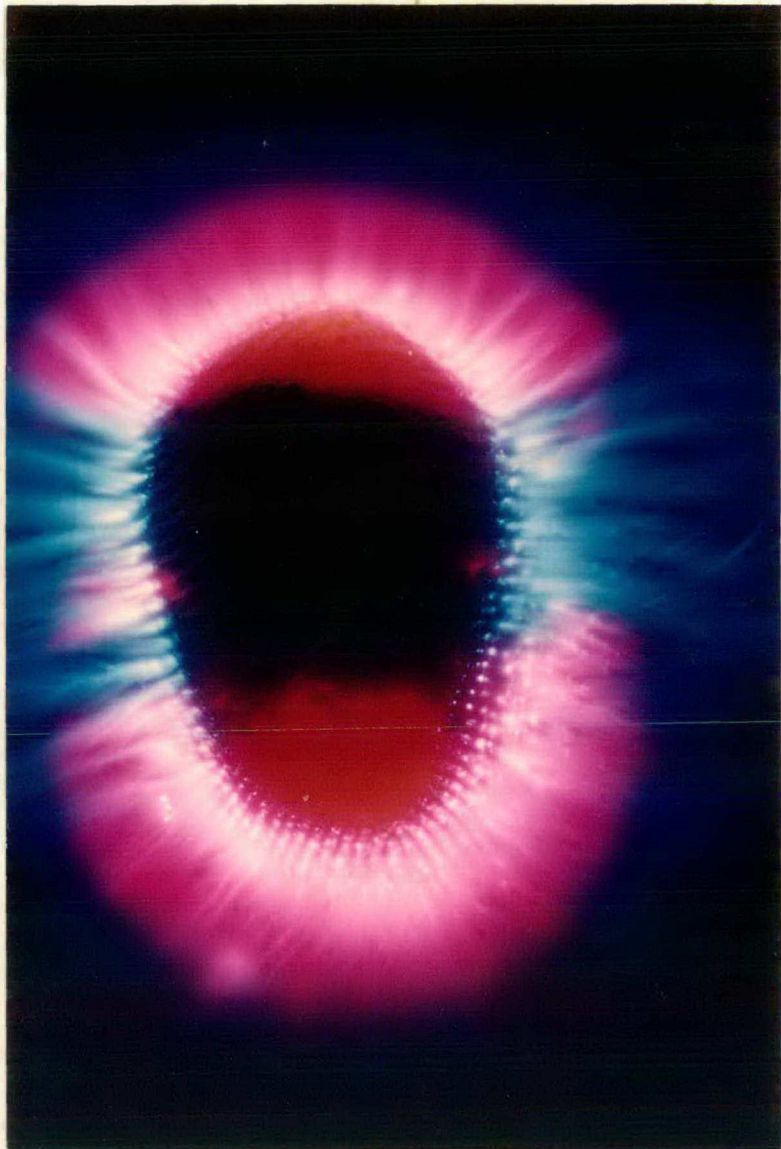
Explicamos que a vida era assim mesmo, não importa se morremos pequenos ou grandes, pois a dor da perda é a mesma.

Conversamos com o Pai da criança, este chorou, mas falou-nos: "Deus sabe o que faz. A menina estava sofrendo muito, merecia descansar".

Reforçamos seus valores religiosos e providenciamos algumas coisas para que viajassem.

Apresentaremos a foto Kirlian de I.T.A. 28 anos, mãe de J.A., 4 meses, antes do falecimento da criança.

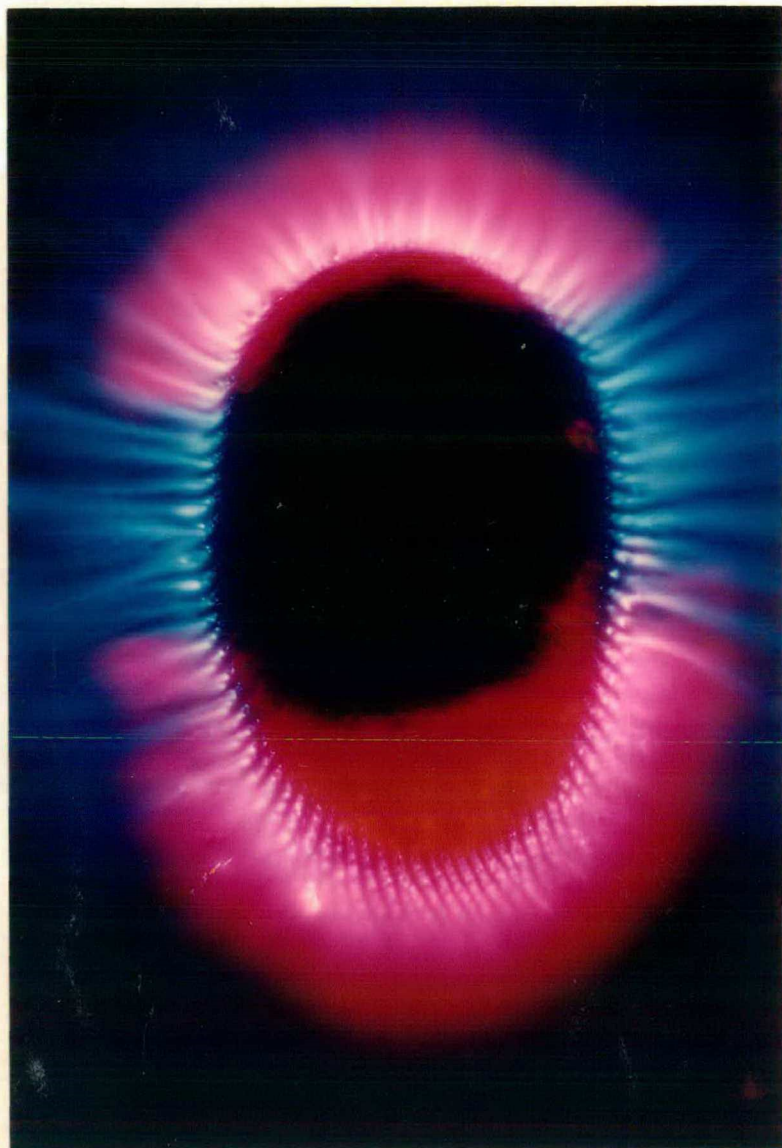
Antes da Imposição de Mãos:



(J.T.A., 28 anos)

- Equilíbrio entre as energias yin e yang.
- Preocupação existente, pouco otimista.
- Conflitos emocionais.
- Paranormalidade visível.
- Cansaço.
- Perda de energia.

Após a Imposição de Mãos



- Maior equilíbrio entre os meridianos yin e yang.
- Houve diminuição da preocupação.
- Continua pouco otimista.
- Acentuou-se potencial de paranormalidade.
- Diminuição dos conflitos emocionais.

"Agora me sinto melhor, a fraqueza e o cansaço diminuiu".

Relato nº 06

P.N.V., 8 anos, branco, natural de Florianópolis e procedente de Santa Filomena - SC. Chegou nesta unidade dia 13.12.91, encaminhado pela emergência com diagnóstico médico de Rabdomiossarcoma em região temporal esquerda.

Estava acompanhado do pai, sendo sua terceira internação neste hospital.

Segundo informações colhidas do prontuário teve Retinoblastoma aos seis (6) anos de idade, com retirada de um (01) globo ocular, após dois (02) anos teve reinmcdiva no outro olho, permanecendo seis (06) anos assintomático, sendo administrado quimioterápicos nos primeiros três (03) anos.

Há cinco (05) dias iniciou com vômitos pós alimentares e recusa alimentar, há três (03) dias evacua fezes diarréicas mais ou menos cinco (05) a seis (06) vezes por dia.

Criança encontrava-se apática, mucosas pouco úmidas, palidez cutâneo - mucosa, acianótico, febril, pequena massa em região cervical esquerda.

Pai apresentava-se irritado com o tratamento, fazendo reclamações diante da criança, relatava que a criança estava assim devido à "erros terapêuticos". Não foi possível o diálogo

neste primeiro encontro, onde nos dispussemos apenas a ouvir.

Criança está acamada, em isolamento, permanecendo quieta por longos períodos.

Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas:
Necessidades Bio-Psico-Socio-Espirituais

01 - Oxigenação: taquipnéia.

02 - Hidratação: Restrição hídrica.

03 - Alimentação: anorexia.

04 - Eliminações:

- vômitos pós-alimentação.
- urinária: ligúria, hematúria.
- intestinal: melema, diarreia.

05 - Integridade Física: cegueira bilateral

06 - Cuidado corporal: necessita de auxílio nos cuidados
higiênicos.

07 - Regulações:

- Térmica = Hipertermia

- 08 - Percepção dos órgãos dos sentidos:
 - dolorosa: dor abdominal
- 09 - Integridade cutâneo - mucosa: Edema de MMII e escroto.
- 10 - Terapêutica: Apresenta fluidoterapia em MSD e MIE.
- 11 - Liberdade: Criança acamada, em isolamento.
- 12 - Segurança Emocional e Física: Pai ansioso e revoltado com o estado de saúde do filho.

Intervenções de Enfermagem:

- 01 - Ouvir as queixas, medos, preocupações do pai e criança estimulando-os a falar sobre seus sentimentos.
- 02 - Fazer imposição de mãos na criança sempre que necessário.
- 03 - Estar junto à criança, encorajando-a nos momentos mais difíceis.
- 04 - Fazer recreação com a criança.
- 05 - Tocar no paciente, deixando que o mesmo nos toque também.

06 - Observar evolução do quadro clínico.

07 - Contactar com a equipe médica a fim de esclarecer o diagnóstico.

Evolução e Avaliação

Após a internação de P.V., houve agravamento do quadro clínico, sendo que no 4º dia de internação foi transferido para a U.T.I, permanecendo um (1) dia, pois encontrava-se em oligúria, não aceitava alimentação, referia dor abdominal intensa, taquipnéia moderada e febrícula.

Retornou à unidade apresentando febrícula, taquipnéia, edema de MMII ++/4+, abdômem globoso, evacuações com melena, hematúria, referindo intensa dor abdominal. Foi diagnosticado:

- Rabdomiossarcoma.
- Pancitopenia.
- Insuficiência Renal Aguda.
- Distúrbios Hidroeletrolíticos.

Persistiu neste quadro por dez (10) dias sendo prescrito restrição hídrica total. Foi transferido novamente para U.T.I. onde realizou diálise peritoneal rápida, e colocou catéter com diálise com o intuito de diminuir o desconforto causado pela

ascite e edema escrotal.

Retornou à Unidade após três (03) dias. Realizávamos imposição de mãos na criança diariamente e em alguns momentos P.V. referia alívio de dor. Ensinamos a técnica de energização ao pai e o mesmo, com muita fé, e a pedido da criança, realizava-a sempre que necessário.

Desde o início da internação o pai mostrava-se ansioso, revoltado com o estado crítico em que se encontrava o filho, reafirmava que houve "erros" terapêuticos. Orientamos que o pai não falasse sobre este assunto na presença do filho, pois o mesmo entendia e assimilava tudo, angustiado-se mais ainda com o quadro clínico e com a hospitalização, após essa orientação o pai passou a falar sobre o assunto quando estava fora do quarto.

Diante de tal situação, onde a ética não nos permitia ir além de ouvir as queixas e relatos do pai, ficávamos ansiosas por não saber o que fazer e como fazer.

Agora, após termos a experienciado outras situações semelhantes, ficamos com a certeza de que em certos momentos não há nada a fazer a não ser estar junto, ouvindo, tocando, proporcionando ao outro o "desabafar".

Conversávamos com P., onde o mesmo nos pedia: "Tia posso tocar no seu rosto". Nos tocava relatando as formas do nosso

rosto, como nós éramos à seus olhos.

P.N. era uma criança muito especial, tinha somente oito (08) anos e demonstrava uma sabedoria e compreensão surpreendente dos fatos. Questionou o médico sobre sua doença e quando terminou a explicação ele disse: "Em resumo, o Sr. também pode ter câncer".

Em outra ocasião falou para a psicóloga:

"As pessoas podem morrer adultos, crianças ou velhos, e eu já nasci velho".

P.N.V percebia que seu estado era agravante e irreversível, pedia muito para ir embora, mas seu pai não permitia. A criança insiste: "Pai, vamos fugir daqui, eu e tu". O pai sensibilizou-se com o pedido do filho e solicitou a alta indo embora às 12 horas".

Chegando em casa, P.V. ficou com os irmãos, tomou água (estava com restrição hídrica total há 18 dias) e morreu dormindo, às três horas do dia seguinte.

Relato nº 07

J.A., 12 anos, F., branca, católica, natural de Ituporanga e procedente de Palhoça, cursa a 5ª série, é filha de U.A., 52 anos, comerciante e E.A., 46 anos, do lar.

Esta é a 2ª internação neste hospital, sendo a 1ª nesta unidade. Paciente veio encaminhado pela emergência, com diagnóstico médico de Leucemia Linfocítica Crônica e Broncopneumonia.

J. relata que sua doença começou com fraqueza e vômito, foi na farmácia, disseram que era hepatite, como não houve melhora após três (03) dias procurou o médico "e descobriram que eu tinha leucemia no sangue e que quando tem leucemia o sangue vira água e o tratamento é a quimioterapia, sorinho, comprimido, injeção e assim vai". Diz que o tratamento é ruim porque vomita, cai o cabelo, "só que é bom porque curar a doença. No início eu não saía de casa, todo mundo ficava olhando porque eu "tô" sem cabelo, chamavam de careca, agora não ligo mais, quando os outros olham eu olho também, até as pessoas ficarem sem jeito, e tem os que fingem que não olham, mas olham, esses sim é que são falsos".

Relaciona sua doença com o fato de passar veneno na batata, sem proteção. "Eles disseram no Fantástico que tinha que usar capa, máscara, e eu ajudei meu pai muitas vezes sem proteção".

Diz que "não é bom vir para o hospital só que senão vier, morre, vai pro caixão, e aí só "Ele" lá em cima que sabe". Nega dor. Refere cansaço após caminhadas longas.

Internou nesta unidade por estar com "tosse, cansada", aí descobriram que era "pontada".

Problemas Relacionadas às Necessidades Humanas Básicas
Necessidades Bio-psico-sócio-espirituais:

- 01 - Oxigenação - Dispneia aos esforços.
- 02 - Integridade cutâneo - mucosa - apresenta lesões orais e crostas purulentas em regressão na região peri-oral.
 - Apresenta punção venosa no membro superior direito.
- 03 - Terapêutica - Rede venosa periférica não visível, nem palpável.
- 04 - Auto - imagem - alopecia.
- 05 - Espaço - Não gosta do hospital.

Intervenções de Enfermagem

01. Orientar que evite esforços físicos.
02. Realizar Higiene oral com cepacol.
03. Aplicar pomada conforme prescrição médica nas crostas purulentas.
04. Conversar sobre a necessidade da hospitalização.
05. Conversar sobre a possibilidade de usar chapéu e brinco.
06. Orientar que a alopecia é transitória.

Evolução e Avaliação

Criança em boa evolução clínica, corada, eupneica, afebril; não apresentando mais dispnéia aos esforços, devido a melhora da Broncopneumonia.

A paciente mostrou-se comunicativa, receptiva, sorridente e com uma ótima compreensão de seu quadro clínico.

Foi orientado que a alopecia é transitória. A mãe falou que iria providenciar chapéu e brinco, quando a criança saísse do

hospital.

O relacionamento acadêmica - paciente foi um intercâmbio de experiência muito rico, onde percebi que o carinho e a atenção são fundamentais na relação paciente - equipe assistencial.

Relato nº 08

T.S.S., 2 anos, Fem., branca, natural e procedente de Balneário Camboriú, filha de R.G.S., 38 anos, garçon e T.M.S., 20 anos, do lar.

Paciente chegou na unidade para continuação do tratamento, com diagnóstico médico de Retinoblastoma com metástase óssea.

Mãe relata que T. nasceu com olhos de cores diferentes, um azul, outro castanho, foi levado em Curitiba, onde foi diagnosticado glaucoma congênito, catarata múltipla e descolamento de córnea, "disseram que só tinha seis (06) meses de vida, não valendo a pena investir", só que a mãe optou por continuar o tratamento em Itajaí, pois "só Deus sabe o tempo de vida de alguém". Depois foi transferida para este hospital para realizar enucleação do olho E e fazer quimioterapia e radioterapia. Mãe refere melhora do tumor com o tratamento, só que agora se sente insegura "a

gente já sabe que não dura muito tempo, foi feito de tudo até cirurgia espiritual, só que foi pior, pois tive esperança e o resultado não foi o esperado". A mãe acredita que para T. não faz muita diferença não enxergar, "o que eu tenho medo é que com a evolução do tumor a dor piore" ; disse que com a imposição de mãos "a dor melhora e ela dorme, porque a gente transmite muita coisa boa, muita energia positiva".

Esta é a 2ª internação neste hospital para a continuação do tratamento.

Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas
Necessidades Bio-Psico-Sócio - Espirituais:

- 01 - Atividade Física - criança não deambula - "por medo de sentir dor".
- 02 - Integridade Física - enucleação do globo ocular E
- 03 - Integridade cutâneo - mucosa - apresenta lesões nos lábios e cavidade bucal.
- 04 - Percepção dos órgãos dos sentidos -
 - Dolorosa - refere dor em escápula do lado E e punho E
 - Visual - cegueira bilateral.
 - Medo da mãe que a "dor piore".

- 05 - Educação para a saúde - mãe grávida de 3 meses., fumante, acompanhando a filha na radioterapia correndo o risco de exposição a radiação.
- 06 - Segurança Emocional - A mãe sente que as tentativas terapêuticas foram insuficientes.

Intervenções de Enfermagem

- 01 - Realizar e reforçar a técnica de imposição de mãos.
- 02 - Medicação conforme prescrição médica - Se necessário.
- 03 - Explicar e acompanhar a execução do curativo no globo ocular E.
- 04 - Observar características das lesões na cavidade oral.
- 05 - Aplicar violeta genciana nos lábios.
- 06 - Orientar a mãe sob os cuidados com radioterapia.
- 07 - Orientar a mãe sobre as consequências do hábito de fumar.
- 08 - Encaminhar a mãe para realizar Pré-natal.

09 - Garantir à mãe que suas ações foram corretas nas tentativas terapêuticas para a filha.

Evolução e Avaliação

T. desde o início da internação apresentava palidez cutâneo - mucosa, hipertermia e dor em escápula e punho E. Foi realizado e explicado a técnica de imposição de mãos à mãe da criança e a mesma passou a realizá-la com frequência, obtendo alívio da dor na maioria das vezes, quando a dor não passava era medicada conforme prescrição médica.

Foi explicado e demonstrado a técnica do curativo na cavidade ocular E., e a mãe passou a executar este cuidado com habilidade, sendo acompanhada por um funcionário para detectar possíveis alterações.

As lesões na boca evoluíram, pois tratava-se de metástases. Nos lábios eram estomatite onde foi usado violeta genciana sem obtenção de efeito satisfatório.

No início foi estimulado a deambulação, depois percebeu-se que a criança não deambulava por sentir dor e, não por medo como havia informado a mãe.

A mãe acompanhou a filha até o final do tratamento com a radioterapia, mas não permaneceu mais junto na sala.

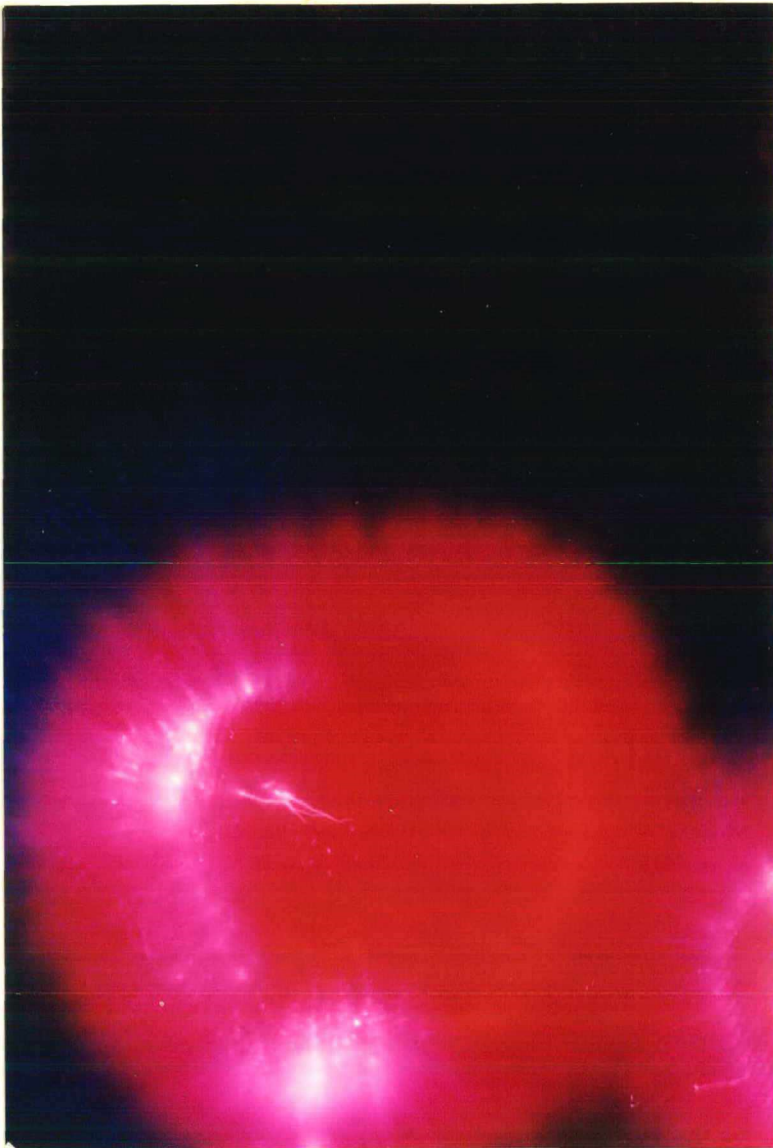
Foi explicado à mãe, o quanto foi importante, investir em diferentes formas de tratamento, pois assim jamais poderá se sentir culpada de omissão.

Foi orientada a mãe quanto aos prejuízos que o hábito de fumar acarreta, especialmente na gravidez. A mesma disse saber, só que não diminuiu o número de cigarros. Foi encaminhado a mãe para a realização de pré-natal na Maternidade Carmela Dutra.

Paciente permaneceu 45 dias internada. Evoluiu com palidez cutânea, metástase óssea no sistema nervoso central, onde no dia 03.03.92 foi a óbito.

De acordo com as informações das funcionárias a mãe chorou um pouco, pois foi realizado um trabalho de acompanhamento para este momento, por nós acadêmicas, pela psicóloga e equipe médica.

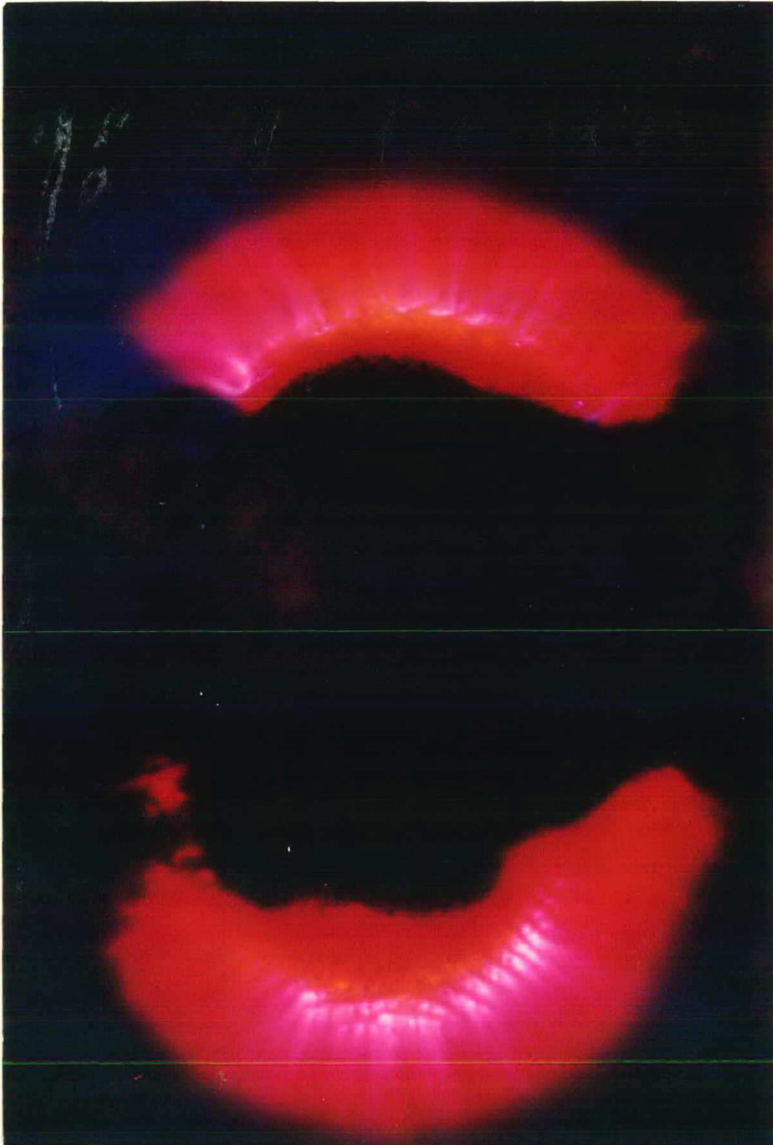
Apresentaremos a foto Kirlian de T.S. antes da imposição de mãos. Não foi possível bater a foto, após imposição de mãos, porque a mesma encontrava-se demasiadamente sensível ao manuseio, referindo dor nos membros e chorando.



- Percebe-se a auto-aceitação, pois os raios dos dois dedos não se repelem.
- Há um predomínio total da cor alaranjada, o que provavelmente relaciona-se ao desprendimento gradual da vida (faleceu três (03) dias após a foto).
- Há perda acentuada de energia física.

Apresentaremos abaixo a foto Kirlian da mãe da T.

Antes da imposição de Mãos:



- Há um grande desequilíbrio entre a energia yin e yang.
- Descontinuidade do halo, significando grande depressão.
- Paranormalidade, relacionada com o halo alaranjado.
- Pouco otimista, pois os raios são pequenos.
- Encontrava-se com dor - raios azuis curvados.
- Muito fatigada, perda energética.

Após imposição de mãos:



- Houve uma melhora no equilíbrio entre a energia yin e yang.
- Houve recuperação do halo, porém persiste o sentimento de perda.
- Tornou-se mais visível o cansaço e a fadiga.
- Continua latente o potencial paranormal.
- Tornou-se possível a visualização dos conflitos emocionais.

Pais e/ou Acompanhantes:

Problemas levantados:

- Preocupação, angústia e ansiedade.

..."Meu filho está muito mal. Quem é pai é que vê".

(H.R.G., 38 anos)

..."Não consigo ver minha filha assim ... caída, largada".

(I.T.A., 28 anos)

- Desconhecimento da doença:

..."Gostaria de saber o que a menina tem ao certo, pra mim poder ir embora".

(I.T.A., 28 anos)

- Não estimativa de alta:

..."Estou aqui há 56 dias e ninguém descobre o que a menina tem".

(I.T.A., 28 anos)

- Saudade:

"Não vejo o meu piá há 2 meses".

(I.T.A., 28 anos)

- Ambiente estranho:

"Eu nunca tinha vindo num hospital"

(I.T.A., 28 anos)

- Mudança de rotina:

"Aqui é tudo diferente. A gente tem que se acostumar. Nada como estar em casa"

(L.R., 65 anos)

- Dificuldade econômica:

"É difícil ir em casa porque é muito longe e as passagens muito caras, não temos dinheiro".

(C.A., 28 anos)

Intervenções:

Diante das dificuldades referidas pelos pais e/ou acompanhantes, em sua maioria, ouvimos suas queixas, conversamos, explicando a respeito de sua situação e de seu filho.

Reforçamos seus pontos positivos, suas crenças e valores, que contribuíram para minimizar a situação stressante em que se encontravam.

Orientamos, de acordo com a necessidade, os pais e/ou acompanhantes, quanto:

- Aos exames - sobre a técnica, resultado dos mesmos.
- As medicações - Quimioterápicos e seus efeitos colaterais.
- A realização de exercícios de energização e relaxamento.
- Rotinas hospitalares.
- Diagnóstico médico.
- Situação atual da criança.
- Orientação para alta e licença hospitalar.
- A entrar em contato com psicóloga, assistente social, nutricionista e equipe médica.

Fizemos imposição de mãos, relaxamento com vários pais e acompanhantes e avaliamos alguns casos com foto Kirlian.

Sempre procurávamos ser comprometidas, isto é, vivenciávamos com os pais e acompanhantes suas experiências, aprendíamos sobre nós mesmos, identificávamos sentimentos e necessidades e trabalhávamos com eles.

Avaliação:

No decorrer do estágio encontramos pais e acompanhantes que verbalizaram angústias, medos, preocupações, conflitos logo no início da relação. Outros, com o passar do tempo adquiriram mais confiança e começaram a relatar seus problemas ao longo da internação.

Após nossas intervenções ouvíamos frases como:

"Vocês são a alegria da Unidade" (I.A., 28 anos).

"Parece que saiu um peso do meu corpo" (T.M., 34 anos)

"Agora que você chegou estou mais tranquila" (I.A., 28 anos).

"Rezo todos os dias, tenho fé" (I.A., 28 anos).

Muitas vezes servíamos de elo de ligação entre os pais e acompanhantes e a equipe de saúde. Essa interação foi possível porque nos interessávamos por seus problemas, nos colocávamos a disposição, onde além de sermos enfermeiros, somos também humanos e vivenciamos problemas, muitas vezes comuns entre nós, dando maior abertura para a relação pessoa/pessoa.

Percebemos mudanças de comportamento quando também ouvíamos frases como:

"Eu vou embora e Deus vai me ajudar a sair bem desta. E, quando chegar em casa vai dar tudo certo, vou usar pensamento positivo para passar o mal olhado". (T.M.M., 34 anos)

"Alguma coisa dentro de mim diz que vou conseguir vencer". (T.M.M., 34 anos).

Apresentaremos a foto kilian de S.M., dezenove (19) anos irmã de C.M., três (03) anos com diagnóstico de tumor de Wilms, há três (03) meses internado na Unidade.



Analisando a foto antes da imposição de mãos constatamos:

- . Desequilíbrio entre os meridianos yin e yang.
- . Otimismo.
- . Acentuada paranormalidade
- . Preocupações.
- . Presença de inflamações no organismo.
- . Presença de conflitos emocionais.

- Encontrava-se em estado de cansaço e estafa.

(S.M., 19 anos)



- . Persiste desequilíbrio entre as energias yin e xang.
- . Otimismo acentuado.
- . Paranormalidade latente.
- . Evidenciem-se as preocupações e perda de energia.
- . Persiste com sinais inflamatórios.
- . Tornou-se visível a descontinuidade do halo - sentimento de perda.
- . Persiste fadiga, cansaço, estafa.

(S.M., 19 anos, irmã de C.M., 3 anos)

Relatou após:

"Estou me sentindo mais leve, tranquila".

Equipe Multiprofissional

Problemas Levantados:

Analisando a equipe como um todo, observamos que a impotência dos funcionários diante do diagnóstico, prognóstico e da morte da criança, é um fator comum entre todos. Citando alguns exemplos:

- "O que estou fazendo aqui"? (funcionária - ASO 39a).
- "Às vezes, não sei o que dizer aos pais"... (X -35 a)

Observamos ainda, que a grande maioria apresentava: -

- Conflitos emocionais;
- Insegurança;
- Omissão;
- Fuga.

Intervenções:

Promovemos duas (02) reuniões sobre a polêmica da impotência existente entre nós e nos funcionários diante desta situação.

Realizamos uma reunião com os funcionários da unidade, a psicóloga, o enfermeiro e convidamos a Professora Vera Radünz que expôs seus conhecimentos e experiências diante deste grande problema - a limitação humana - que nos gera conflitos, e sobretudo um pesar por sentirmos impotentes diante do grande mistério da vida e morte. Vera falou: "... a hora em que reconhecemos que somos limitados, e que a vida não está nas nossas mãos, não é preciso ficar tão frustrado a cada morte, pois a vida e a morte não nos pertence; há um ser superior - Deus. Então veremos que não somos impotentes e sim limitados".

No final do estágio, para reforçar esta questão de humanizar a assistência, convidamos o Padre Evaristo De Biase que trouxe-nos sua experiência de vida e passou-nos um grande conforto, do que fazer diante da morte. Disse: ... " - não existe palavras neste momento, o importante é estarmos em comunhão com o outro". - "Somos suficientemente velhos para morrer a partir do momento em que nascemos"...

- "Você médico/enfermeira é acima de tudo um pastor antes de ser técnico".

Avaliação

Observamos que após a primeira reunião os funcionários começaram a refletir/questionar mais sobre suas próprias vidas, as crianças, sobre a morte. Abrindo mais espaço para nossa

interação e intervenção.

No decorrer do estágio muitas vezes os funcionários vinham até nós para conversarmos sobre seus problemas, de ordem pessoal e profissional. Sempre demonstramos interesse pelos seus problemas, ouvindo-os atentamente. Ao final referiam:

- "É bom dividir com outras pessoas nossas angústias".
(C.M. - 28 anos).

- "É difícil encontrar alguém interessado em nossos problemas". (N.S. - 24 anos).

Também, compreendemos que as manifestações de hostilidade ou agressividade eram fruto da maneira inadequada de comunicar suas necessidades.

Em alguns momentos nos foi permitido realizar e orientar a equipe assistencial, incluindo médico, psicólogo, nutricionista quanto aos exercícios de relaxamento e energização (imposição de mãos). Destes, fotografamos alguns através da máquina Kirlian.

Através de alguns esclarecimentos que passávamos sobre as patologias das crianças, os funcionários referiam que sentiam-se um pouco mais seguros, pois compreendiam o porquê da sintomatologia de certas crianças. Referiam:

- "Eu não sabia nada sobre leucemia". (J. 32 anos)
- "Se eu soubesse que acontecia isso ...". (I. 45 anos).
- "As vezes, a gente faz as coisas e nem sabe o que é ...". (E. 25 anos).
- "Há tanto tempo trabalhando nisso e eu nem sabia..."
(D. 42 anos).

Respondendo as reflexões e questionamentos que tivemos durante todo o estágio, a reunião com o Pe. De Biase, contribuiu muito para avaliarmos o verdadeiro papel que temos em nossa profissão. Deixando a mensagem de que: "quem tem Deus no coração é capaz de suportar qualquer viver".

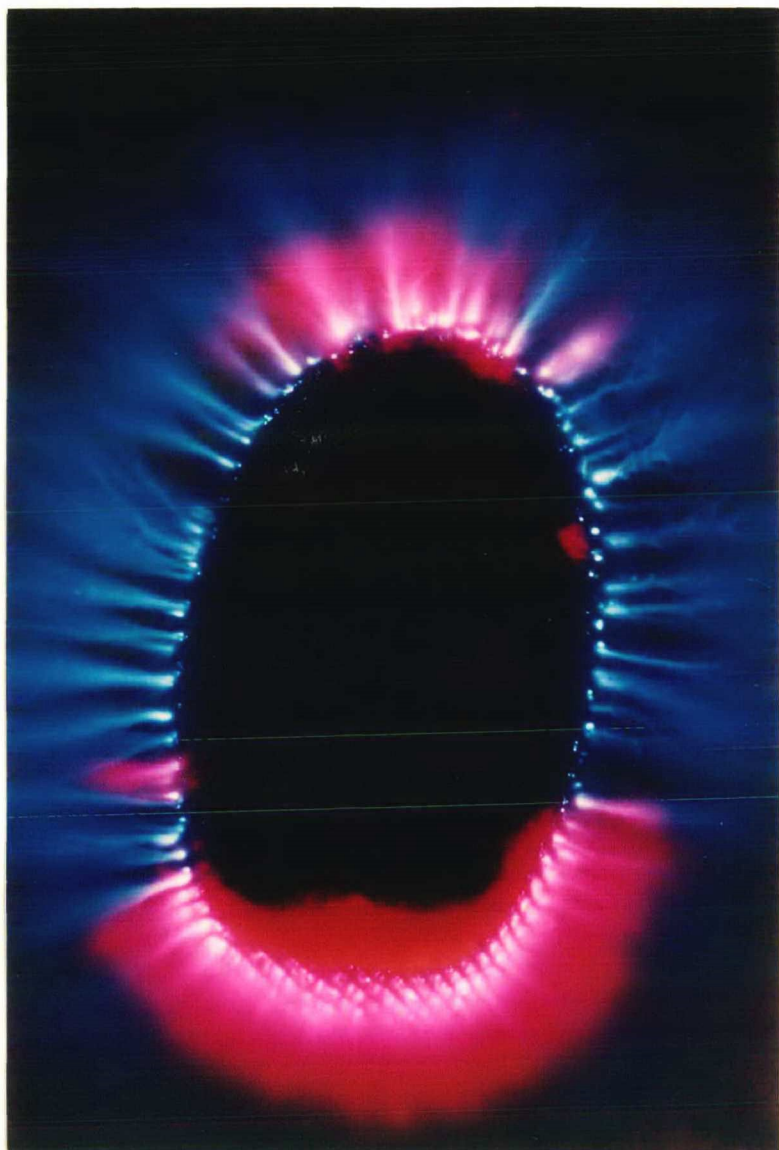
Apresentaremos as fotos da funcionária A. antes e após a imposição de mãos:

A., 36 anos, casada, funcionária do hospital há mais ou menos três (03) anos. Refere que teve "esgotamento nervoso" quando trabalhou na Oncologia há dois (02) anos atrás, que relaciona com problemas particulares existente na época. Relacionando também as doenças das crianças internadas com seus filhos. Agora diz que sente-se bem trabalhando com crianças oncológicas: - "Pois o que eu faço é para o bem delas". Ensinamos

alguns exercícios de energização, relaxamento e reforçamos o pensamento positivo.

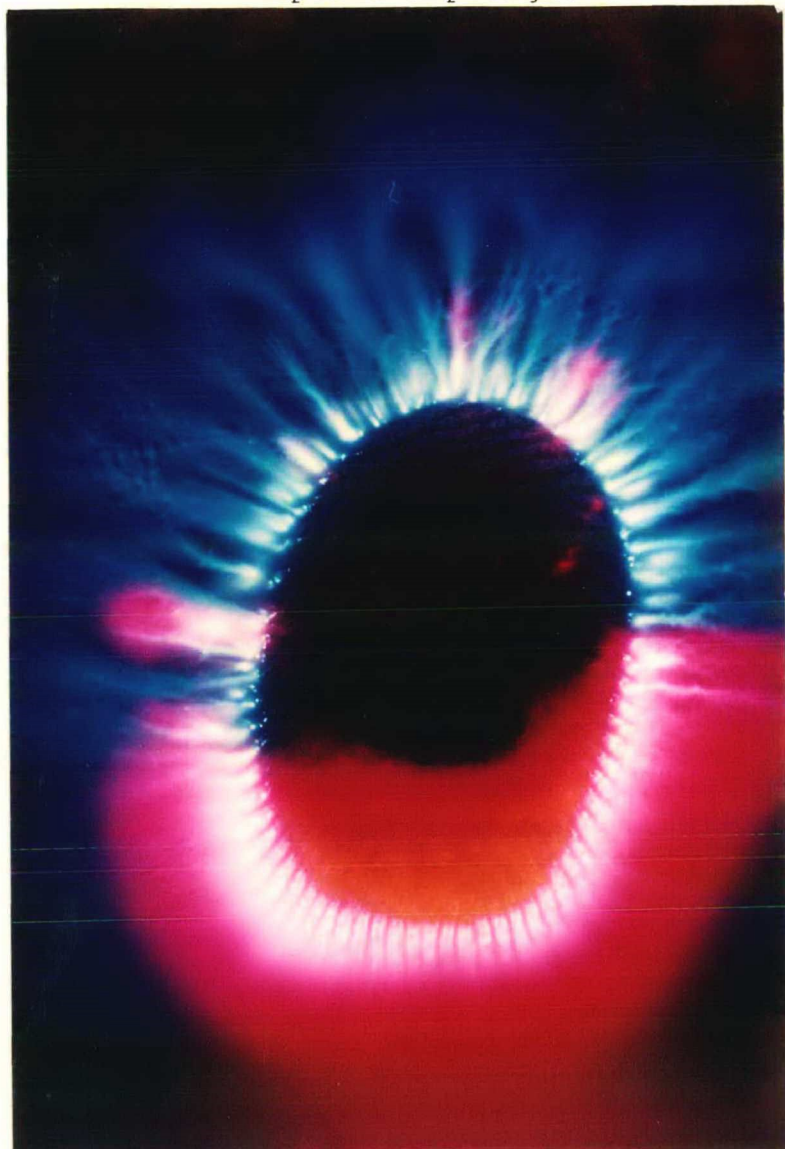
Foi realizado relaxamento e foto Kirlian com esta funcionária, a qual demonstraremos abaixo:

Antes da imposição de mãos:



- Grande desequilíbrio entre as energias yin e xang.
- Pouco otimismo.
- Preocupação.
- Perda de energia.
- Perdas não resolvidas pelos espaços descontínuos do halo.
- Inflamação - raios com "forquilha".
- Paranormalidade.
- Presença de conflitos emocionais.
- Tendência à depressão.

Após a imposição de mãos:



- Reposição de energia yang e yin.
- Tornou-se mais visível as preocupações e a perda de energia.
- Houve certa harmonização das energias.
- Persiste sinais inflamatorios.
- Evidenciou-se a paranormalidades.
- Apresenta tendência a agressividade.

"A gente sente uma coisa tão boa que nem sei explicar.

(A., funcionária da Unidade).

3 - Avaliação dos Objetivos Propostos

Com relação ao objetivo: - "coordenar o quantitativo - qualitativo dos recursos humanos e materiais da unidade".

Conforme o cronograma, na primeira semana de estágio realizamos uma reunião com a equipe assistencial, (médicos, psicóloga e funcionários), onde clarificamos nossa atuação, através da exposição dos objetivos. Deixamos um espaço aberto onde houve discussões e troca de idéias sobre o projeto. Os funcionários foram bastante receptivos com o trabalho que desenvolvemos na unidade.

A equipe médica achou muito importante este trabalho de humanização da assistência, não só na Oncologia, mas para a repercussão em todo o hospital, colocando-se a disposição para interação e esclarecimentos necessários.

Realizamos diversas reuniões com a equipe de enfermagem e multiprofissional, que de início planejamos ser semanais, mas devido a inúmeros contratempos (diferenças de horário entre os funcionários, disponibilidade destes), as reuniões foram realizadas de acordo com a necessidade e disponibilidade dos mesmos, totalizando nove (09) reuniões.

Dentre estas reuniões uma (01) foi promovida para as mães. Realizada pela enfermeira da unidade, acadêmicas e médico -

residente, com intuito de esclarecimento de diagnóstico e prognóstico, orientações de rotina e reflexões acerca dos sentimentos em comum vivenciadas pelas mães.

Seguindo o cronograma, fizemos o levantamento de todo recurso material e humano da unidade.

Quanto aos recursos materiais, fizemos alguns pedidos de material de consumo junto ao enfermeiro. Vimos que este é separado em material estéril (seringa, agulhas, scalp, vidros de diurese ...) e material não estéril (álcool, esparadrapo, algodão...); a solicitação de material não estéril é realizada através de um caderno, onde registra-se a quantidade de material necessário para o dia. A solicitação de material não estéril é realizada através de um caderno onde registra-se a quantidade de material necessário para o dia.

A solicitação de medicamentos é feita diariamente pela escriturária. Apesar de haver registros de solicitação destes materiais de consumo, não há controle de saída destes; pelo observado, vimos ser suficiente a quantidade de material de consumo existente na unidade para uma assistência de qualidade.

Com relação ao material permanente, fizemos o levantamento destes na unidade. Verificamos que em cada quarto há sempre dois (02) leitos, variando o tamanho, de acordo com a idade da criança, há duas (02) camas de campanha para os

acompanhantes, um (01) criado mudo, aparelhos de ar condicionado, saídas de oxigênio e vácuo e demais materiais necessários à unidade.

Constatamos haver excesso de material permanente na unidade. Isso se deve ao fato da mesma estar em fase de adaptação, para abertura de novos leitos.

O total dos funcionários de enfermagem na Unidade Hemato - Oncológica é treze (13), sendo:

- 01 enfermeira
- 04 técnicos e/ou auxiliares
- 07 atendentes de enfermagem
- 01 escriturária.

A enfermeira e a escriturária fazem turno de oito (08) horas/dia, tendo folga nos finais de semana; os técnicos e/ou auxiliares fazem turno de doze (12) horas, trabalhando um (01) dia e folgando no outro. Diariamente, há um (01) técnico e dois (02) atendentes para cada turno (diurno e noturno).

Relacionando com o que Alcala preconiza a unidade deveria ter aproximadamente vinte (20) funcionários, contando a taxa de absenteísmo (+ 45%). Deste total preconizado, a distribuição por categoria seria a seguinte:

- 03 enfermeiros.
- 09 técnicos e/ou auxiliares.
- 08 atendentes de enfermagem.

A distribuição por turno seria:

Turno	manhã tarde noite		
Enfermeiro	1	1	1
Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem	4	3	2
Atendente de Enfermagem	4	3	1

Comparando os resultados obtidos com o preconizado por ALCALA, se constata uma defasagem significativa de funcionários técnicos e/ou auxiliares na unidade. Esta insuficiência numérica de profissionais é vivenciada na prática, pois apesar de ter sete (07) leitos, a demanda de medicações é grande devido a administração de quimioterápicos realizados nesta unidade.

Devido a este fato o profissional enfermeiro executa técnicas em grande parte do turno, onde o mesmo se distancia de suas funções próprias de administrar e assistir a unidade.

Quanto ao número de enfermeiros constatamos que há uma defasagem de dois (02) deste profissional, não há na instituição cobertura de 24hs do enfermeiro na unidade, e sim um (01) enfermeiro de plantão para cobrir todo o hospital nos finais de semana e nos turnos da noite.

Dentro do aprazamento fizemos duas (02) escalas mensais de serviço, junto ao enfermeiro. Não fizemos a escala de distribuição diária de tarefas, por não haver necessidade, já que os funcionários dividem entre si as atribuições diárias.

Durante o estágio, participamos da passagem de plantão, este era passado junto a criança onde era relatado seu estado, exames a serem feitos durante o dia, jejuns e demais intercorrências. Para passar o plantão bastava ter uma funcionária do turno posterior.

Além desta passagem verbal, há o registro das principais intercorrências em livro próprio e prontuário.

Nos dias em que nós, acadêmicas estávamos em turnos diferentes, passávamos plantão à(s) colega(s), através de registro em livro próprio (nosso), onde relatávamos as intercorrências da unidade e assuntos relativos ao projeto.

Sempre que possível, avaliávamos e acompanhávamos as atividades desenvolvidas pelos funcionários. Inicialmente encontramos dificuldade para abordá-los quanto a execução correta

de certos procedimentos. Posteriormente, a interação e a confiança funcionário-acadêmica facilitaram a abordagem e a orientação, que conseqüentemente levavam a um feed-back positivo.

Utilizamos um roteiro de histórico para fazer visita diária as crianças dentro do prazo estabelecido.

Analisando todas as atividades desenvolvidas relacionadas ao objetivo número dois, concluímos que 94,73% das estratégias previstas para o mesmo foram devidamente alcançadas, e dentro do estabelecido, conseqüentemente este objetivo foi atingido em prática.

Nas primeiras semanas de estágio, em fase de adaptação a unidade, desenvolvemos, sobretudo, as atividades relacionadas ao objetivo administrativo, conforme a descrição anterior.

No decorrer destas semanas, fazíamos estudos de alguns casos, identificando o comportamento da criança e família, frente a hospitalização, bem como a sua patologia. E, em discussão semanal com o grupo trocávamos nossas experiências, dúvidas e questionamentos, relacionados a assistência da criança oncológica e sua família, fundamentando estes estudos em bibliografia revisada.

Diariamente, após a passagem de plantão, identificávamos prioridades, planejávamos a assistência,

passávamos a visita diária e distribuíamos as atividades do dia entre as acadêmicas, dentre estas: supervisionar a assistência, ajudar a técnica quando necessário, participar em reuniões, orientação/apoio aos pais e criança, realização de evolução e histórico. Após passávamos visita a todas as crianças e acompanhantes.

Sempre que possível, acompanhávamos a visita médica e passávamos informações relativas ao quadro clínico e prioridades de cada criança.

Analizando os procedimentos realizados, percebemos que estes nos subsidiariam para que identificássemos as necessidades da criança e família e, conquentemente planejássemos o instrumento que nos guiaria na prática humanizada.

Simultaneamente, de acordo com nossas necessidades, realizávamos técnicas e procedimentos de enfermagem, tais como: preparo e administração de quimioterapia, auxílio em punções lombares, acompanhamento ao mielograma.

Atendendo a solicitação da enfermeira da unidade, reavaliamos em conjunto o material elaborado pela mesma, sobre o preparo de quimioterapia, efeitos colaterais e cuidados de enfermagem.

Durante a primeira etapa do estágio, realizamos 05 (cinco) reuniões para discutir a elaboração do roteiro que utilizaríamos no próximo bloco de estágio. No decorrer das atividades práticas, percebemos que o instrumento baseado somente em Horta não possibilitaria o registro de todas as nossas intervenções junto a criança e a família. Então, conforme relato em marco referencial, elaboramos este instrumento, baseando-se em marco referencial próprio e na Teoria de Wanda de Aguiar Horta.

Na segunda etapa do estágio, conforme o previsto, começamos a assistir à criança, família e funcionários, aplicando o processo de enfermagem, descrito na metodologia.

Aplicávamos o instrumento para direcionar a assistência à criança e família onde identificávamos e levantávamos os problemas relacionados as Necessidades Humanas Básicas (bio-psico-sócio-espirituais), registrando em prontuário o histórico, prescrição e evolução de enfermagem. E, com os funcionários trabalhávamos baseando-se principalmente em marco referencial próprio, não utilizando roteiro pré-elaborado.

Como coadjuvante desta assistência, usamos técnicas de terapia alternativa, como a imposição de mãos (energização) e relaxamento.

Orientávamos leituras aos pais e acompanhantes, e também, em alguns momentos nesta assistência, chorávamos juntas,

sorriamos, rezávamos, estimulávamos, reforçando seus pontos positivos, fortificando-os para a permanência destes com a criança.

Avaliamos as respostas obtidas com a utilização das terapias alternativas, através da Kirliangrafia. Encontramos grande dificuldade para realizar esta técnica, pois a maioria das crianças tinha idade inferior a quatro (04) anos, não exercendo pressão suficiente sobre a lâmina e não posicionando corretamente o dedo, outro fator que dificultou foi que somente a supervisora sabia manusear a máquina, devido aos cuidados especiais com a mesma.

E, levando em consideração que a necessidade de energização surgia sem que pudéssemos planejar a ocasião, relacionando-a com dores, momentos de tristeza, angústia, depressão, desespero, medo e outros sentimentos que fluem sem que possamos controlá-los, realizávamos a técnica em pais e acompanhantes, de acordo com a necessidade. Por estes motivos, fotografamos somente uma (01) criança, quatro (04) pais e/ou acompanhantes e seis (06) funcionários da unidade.

Devido a esses fatores, a avaliação não foi feita somente com fotos, mas, principalmente através de mudança de comportamento, sentimentos expressos, como paz, alívio e até a solicitação de repetição da técnica nos forneciam parâmetros sobre os resultados da energização.

Atendemos um total de vinte e nove (29) crianças durante todo o estágio. No período previsto para aplicar o Processo de Enfermagem, assistimos no total dezessete (17) crianças, sendo que destas, quatorze (14) foram assistidas com o processo de enfermagem. Fazendo o cálculo, constatamos que aplicamos o processo em 82,3% das crianças atendidas neste período.

Através da análise feita neste item, vimos que o objetivo assistencial foi alcançado na prática, conforme o previsto, pois aplicamos o processo de enfermagem em mais de 80% das crianças, no aprazamento estipulado.

De acordo com os relatos anteriores, constatamos mudanças significativas no comportamento das crianças/acompanhantes, equipe de enfermagem e médica, conforme o previsto.

Com as fotografias após a energização é possível observar modificações no halo energético. Concluimos, então, que este objetivo foi atingido na prática.

Mas, voltando a questão da humanização da assistência, acreditamos que não será em três (03) meses ou em um (01) ano que vai se dar esta humanização, mas deverá partir do desejo mais íntimo do ser humano em ser humano e entregar-se inteiramente ao trabalho com outros seres.

VII - REFLEXÕES PESSOAIS

Número 01

"Comecei o estágio ansiosa e preocupada com todas as responsabilidades do projeto e da unidade. Aos poucos, fui conhecendo as crianças, os pais e os funcionários, fui fazendo amizade e a partir disto consegui trabalhar algumas questões com os pais, mas notei que não foi somente com eles que trabalhei realmente, mas sim comigo. Descobri quais eram as questões emocionais que me afligiam, angustiavam, me chocavam ... e me perguntava: Por que isso me abala? Como eu gostaria de ser tratada agora? E daí a conversa fluía, pois descobria o que me afastava da situação e o que me incomodava.

A partir daí as situações não mais me assustavam e eu não "fugia" dos pais não me apegava as respostas vazias.

Por vezes diante do choro de uma mãe, vendo o filho "definhar", como muitas relataram, apenas as abraçava e deixava as lágrimas correrem solta, sem me preocupar com o olho vermelho e com palavras bonitas de conforto. Apenas eu estava ali ... era o máximo que eu poderia fazer no momento. (Ac. x, 24 anos)

Número 02:

Ao longo do curso, ansiava por escolher a área de atuação do estágio de 8ª Unidade Curricular. (V.C.).

Já na sétima Unidade Curricular, em reflexões pessoais, optei por trabalhar com crianças, onde uma amiga de aula também escolheu pediatria. Interessava-me muito os métodos terapêuticos alternativos. Visitando a Unidade Oncológica, as crianças e familiares percebi que o vínculo se formou. Descobri que era ali que eu deveria estagiar, haviam várias pessoas necessitando a minha intervenção.

Foi dito e feito, no primeiro mês de atuação me vi tão envolvida e satisfeita, coisa que nunca tinha acontecido, porque as outras aulas práticas no hospital e/ou comunidade eram breves, não permitindo muito a aproximação.

Sinto-me hoje realizada por ter assistido as pessoas da Unidade Oncológica, por ter sido humana, pois muitas vezes não precisei falar, bastou apenas um ouvir, um tocar, um dar um beijo.

Descobri que as técnicas, os livros, a ciência muitas vezes era insignificante perto do tão complexo e misterioso ser humano. Ser humano este que se apresentou à nós sob a forma de uma criança, ou um adulto em miniatura onde suas atitudes nos surpreenderam na prática, pois inconscientemente os subjugamos, não dando atenção à sua maturidade infantil.

Deixo para àqueles que lerem este trabalho a mensagem de que não bastam os conhecimentos científicos, não basta fazer, temos antes de tudo "ser", ou seja, "ser" gente com gente". (Ac. X, 21 anos)

Número 03:

No início do estágio, eu me sentia perdida, aos poucos fui me inteirando, entendendo e amando o projeto e seus objetivos.

Foi um período de crescimento, de conscientização sobre a enfermagem e eu pessoa, foi um confronto do que sou e do que preciso ser.

Tive que conviver com minha insegurança, tomar decisões, pensar rápido, e aprender a aceitar a vida que as crianças tem.

Apreendi que as coisas tem que serem feitas não só com técnicas, mas com amor. (Ac. X, 24 anos)

Número 04

Todos nós temos vários caminhos a seguir, dentre estes em minha vida, Deus colocou-me a Enfermagem, em que por opção própria e amor a esta e a todos/tudo, que aos 17 anos de minha vida entrei na Enfermagem.

Em meio a tantos conflitos humanos - vida/morte, eu/tu, profissão/amor, crescimento/amadurecimento, responsabilidades/dificuldades - econômicas/ sociais ... A jovem/adolescente teria que definir seu rumo - continuar/ prosseguir? Sim, prosseguir este caminho - pois sei que vou chegar lá.

Encontrei pessoas maravilhosas que me fazem refletir sobre a vida/morte/homem ...E, em meio de tantos lágrimas/tristeza e também de momentos alegres - vai desabrochando/ crescendo aquele ser - que se encontrava inerte - tornando-se aos poucos mais consciente da vida/ do mundo que o cerca - de Deus, do amor, da natureza, da beleza em ser humano e conviver com estes - e "ser com este ser".

Chego a conclusão de que todos e tudo em minha vida tem um sentido - a descoberta humana - o homem que a si se encontra.

Sim, muitas dúvidas ainda persistem, mas, hoje sei que só o tempo as responderão.

Em final de curso mais uma vez optar - pelo o quê? E por quê não as crianças? As terapias alternativas? E a Oncologia? Sim, também a Oncologia, onde nos deperamos muitas vezes com estes grandes conflitos e mistério - morte/ vida humana. E por que não as alternativas, onde realmente se comprova a infinitude do ser, onde não somos somente a limitação de matéria humana - somos mais - somos Divinos.

Sim, houve também os momentos de tristeza, choros, lágrimas e muitos questionamentos, reflexões sobre o verdadeiro sentido da vida - diante de nossa limitação humana.

Aprendemos/ crescemos juntas e vimos no olhar de cada criança, na lágrima de cada mãe, no desespero de cada pai, na impotência do profissional - que a confiança em Deus é acima de tudo a condição humana mais sublime que devemos aceitar. E então descobrimos que, esta "condição" é uma dádiva do homem que vive - que inteiramente ama o seu ser.

(Ac. X, 21 anos)

Mensagem do Grupo:

"É preciso estar em paz com a vida, consigo mesmo,
antes de trabalhar com o ser humano".

VIII - CONCLUSÃO

A experiência vivenciada na Oncologia, especificamente com crianças, foi mais que uma etapa de conclusão de curso, e sim um desafio, em que o homem se depara com o dualismo vida/morte, cura/impotência, saúde/doença, humano/ profissional...

O trabalho oportunizou-nos a experienciar o que é "ser" realmente enfermeiro e assumir um compromisso, e não simplesmente representar um papel profissional. Sentimos que para "ser" enfermeiro exige que, além do preparo científico, o profissional seja marcado com a força do amor. Concordamos com Vitor Frankl "o profissional da saúde de hoje, que também não atender o lado mais interno da pessoa enferma, jamais poderá se considerar um profissional totalmente qualificado".

Reafirmamos que o auto - conhecimento é um dos passos mais importantes para o exercício da prática profissional. A enfermagem é formada por indivíduos em permanente interrelação com

outros indivíduos, sendo que ambos os lados, o do "eu" e do "outro" encontram inúmeros obstáculos, porque o auto - conhecimento e a formação da identidade estão truncados.

Vimos que todas as coisas do universo, todas as energias que existem dentro do homem, tudo adquire um sentido na medida em que se voltarem para Deus. E ter a consciência de que a morte é parte integrante e inseparável da existência, e que não representa um "fim" e sim uma "transformação".

Concluimos que, certamente toda esta experiência contribuiu para o nosso crescimento pessoal, em que aprendemos a ser gente com gente. Onde vimos que para ajudar, nem sempre é preciso falar, basta apenas ouvir, sorrir, tocar... Concordando com LERCH "que para o atendimento ao doente, um cumprimento de bom dia tem a intenção de levar ao coração de cada criança uma esperança, uma alegria e um sentir-se amado muito de perto. Onde tratar do doente não é apenas uma questão de inteligência e de competição científica, mas, também de coração e de fato".

IX - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 01 - BELAND, Irene et al. Enfermagem Clínica. In: Aspectos Fisiopatológicos e Psicossociais. São Paulo, U.S.P., 1979.
- 02 - BECKE, C.J. et al. Assistência de Enfermagem ao Indivíduo com Câncer, Fundamentado em um marco referencial próprio. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, Fpolis, dezembro de 1991.
- 03 - BRUNNER, L.S. Prática de Enfermagem. 2ª edição, Rio de Janeiro, 1987.
- 04 - BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, Guanabara, 1987.
- 05 - BOGUSLAWSKI, The Use of. Therapeutic touch in Nursin J. contin. Educ. Nurs., vol. 4, nº 4, p. (9 - 15) 1979.

- 06 - BOUSSO, R.S. Reflexões sobre o papel da Enfermeira que atua na U.T.I. pediátrica. INT: Aspectos Emocionais em Relação à Família. Rev. Esc. Enf. U.S.P. São Paulo, 1987.
- 07 - CAPRA, F. O ponto de Mutação. INT.: Holismo e Saúde. São Paulo. Cultrix Ltda. 1982, cap. 10. (299 - 350).
- 08 - D'ASSUNÇÃO, G.V. Os que partem e os que ficam. Belo Horizonte, Ed. Lutador, 1987.
- 09 - D'ASSUNPÇÃO, Gislaine M., Pingo de Luz. Ed. Vozes.
- 10 - GADELHA, M.I.P. Câncer, um Problema de Saúde Pública no Brasil. São Paulo, 1990.
- 11 - GORDON, R. A Cura pelas mãos ou a prática da polaridade. São Paulo, Pensamento, Seção I, 1978.
- 12 - GRISA, P.A. et al. A cura pela imposição das mãos. Ed. de Parapsicologia e Psicotrônica, Fpolis, 3 ed., 1988.
- 13 - HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU, 1979.
- 14 - HERR, L. Processo de Avaliação do Desempenho em Enfermagem, Elaboração, Implantação e Validação. Tese de Livre Docência. Rio de Janeiro, 1988.

- 15 - KARDEK, A. O que é o Espiritismo.
- 16 - KUBLER - ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- 17 - KUBLER - ROSS, E. Perguntas e Respostas sobre a Morte e o Morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1979.
- 18 - LERCH, Irmão Edeltrant. Humanização no Hospital. Enfoque. Volume 11/nº 1.
- 19 - NETO, H. MATTITOLI. Assistência ao Paciente Terminal e Seus Familiares. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Agosto/1986 - UFSC.
- 20 - PAIM, R. Metodologia Científica em Enfermagem. São Paulo, Ed. Espaço e Tempo, 1986.
- 21 - PEREIRA, E.P., et al. Assistência de Enfermagem aos Indivíduos Adultos no Setor de Emergência do Hospital Universitário, segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Fpolis, junho de 1991.
- 22 - SCHMITZ, E.M. A Enfermagem em Pediatria e Puricultura. Rio de Janeiro, São Paulo, Livraria Atheneu, 1ª ed, 1985,

cap. 39 e 45, p. 429 - 38, 469-77.

23 - TRAVELBEE, J. Intervención em Enfermaria Psiquiátrica. 2 ed.
 , Colômbia, OPAS/ OMS, 1982.

24 - WHALEY L. WHONGA. Enfermagem Pediátrica IN: Elementos
 Essenciais à Intervenção Efetiva.. Editora Guanabara, 2ª
 ed. 1985, 385 - 465.

A N E X O S

ANEXO I.

ANEXO II

CRONOGRAMA

MÊS ATIVIDADES	NOVEMBRO				DEZEMBRO				FEVEREIRO				MARÇO				ABRIL			
SEMANAIS	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
ELABORAÇÃO DO PROJETO	X	X																		
APRESENTAÇÃO DO PROJETO		X																		
INÍCIO DO ESTÁGIO			X																	
OBEJTIVO Nº 1					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
OBJETIVO Nº 2					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
RELATÓRIO															X	X				
ENTREGA DO RELATÓRIO																			X	
APRESENTAÇÃO DO RELATORIO																				X

A N E X O I I I

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

I - Identificação:

Nome, idade, religião, cor, procedência, data e hora de chegada na Unidade, qual setor. Nome do pai e mãe, idade e profissão, número de irmãos. Diagnóstico.

II - Percepções e/ou Expectativas

- Queixa principal (abordar familiares sobre os problemas que o trouxeram aqui).
- Conhecimento sobre a doença atual.
- Medos, preocupações.
- Internações anteriores.
- O quê você acha que ocasionou o problema?
- Por quê você acha que ele surgiu nessa ocasião?
- O quê você acha que a doença do seu filho provocará no mesmo?
- Qual a gravidade da doença de seu filho?

- Que tipo de tratamento você acha que seu filho deve receber?
- Que resultados você espera receber deste tratamento?
- Quais os principais problemas que lhe foram causados pela doença de seu filho?
- O que mais receia acerca da doença de seu filho?
- Como você se sente vendo seu filho neste hospital?
- Como a criança se sente estando internada?

III - Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas:

Necessidades Bio-psico-sócio-espirituais:

- 1 - Oxigenação
- 2 - Hidratação
- 3 - Alimentação
- 4 - Eliminação: - intestinal
 - urinária
 - drenagens
 - vômitos
- 5 - Sono e repouso
- 6 - Atividades físicas
- 7 - Integridade física
- 8 - Integridade cutâneo - mucosa
- 9 - Cuidado corporal
- 10 - Regulações: - térmica
 - hormonal

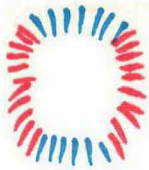
- neurológica
 - hidroeletrolítica
 - vascular
 - crescimento celular
- 11 - Percepções dos órgãos dos sentidos.
 - 12 - Terapêutica
 - 13 - Sexualidade
 - 14 - Segurança física
 - 15 - Meio Ambiente
 - 16 - Segurança emocional
 - 17 - Amor, afeto e atenção
 - 18 - Auto - imagem, aceitação, auto - estima.
 - 19 - Auto - realização
 - 20 - Liberdade
 - 21 - Comunicação
 - 22 - Criatividade
 - 23 - Gregária
 - 24 - Recreação/lazer
 - 25 - Espaço
 - 26 - Educação para saúde
 - 27 - Religiosa - ética.

A N E X O IV

INTERPRETAÇÕES DE FOTO KIRLIAN

Fita de Vídeo: como interpretar Foto
Kirlian de Newton Milhones

meridiano yin



meridiano yang

meridiano yin

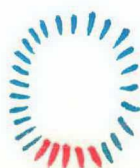
processo yang

hiperativo

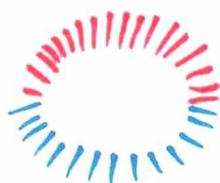
tendência a agressividade



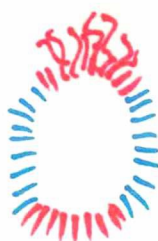
tendência a depressão



pesco-equilíbrio

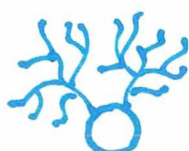


frequência de saúde



PROBLEMAS DE SAÚDE:

inflamação



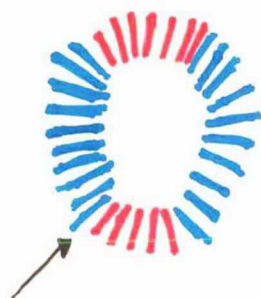
infecção



degeneração

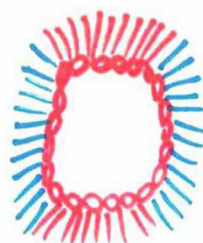


intoxicação

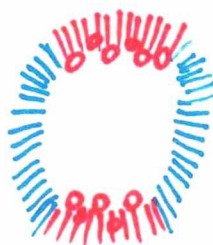


estrias grossas

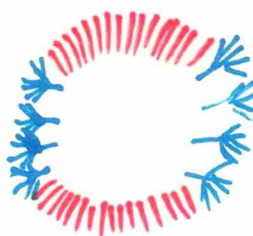
parasitas enérgicos



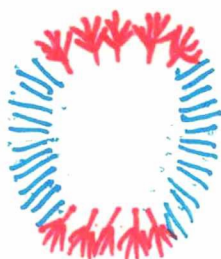
pessoa muito preocupada



conflitos emocionais



tendência a agressividade

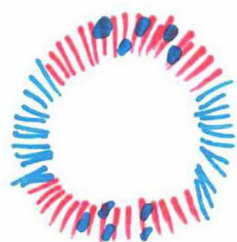


depressão

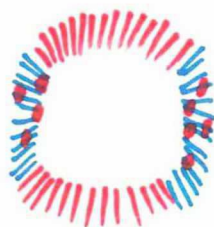
crise depressiva



fadiga
cansaço



stress
estafa

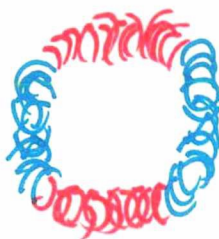


ira
raiva
ódio



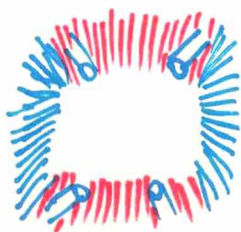
dor

estrias fazendo curva



traição

decepção



energia intrusa

sentimento de culpa

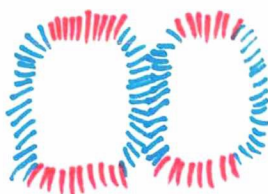


tristeza

melancolia



auto-aceitação



auto-rejeição

